

# DEMOGRÁFIA

39. ÉVF. 1. SZÁM

BUDAPEST  
1996

AZ MTA DEMOGRÁFIAI BIZOTTSÁGA  
ÉS A KSH NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INTÉZET  
FOLYÓIRATA

A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG TAGJAI:

CSEH-SZOMBATHY LÁSZLÓ, DÁNYI DEZSŐ, HABLICSEK LÁSZLÓ,  
HOÓZ ISTVÁN, JÓZAN PÉTER, KAMARÁS FERENC, KLINGER ANDRÁS  
KOVACSICS JÓZSEF, MILTÉNYI KÁROLY, PONGRÁCZ TIBORNÉ  
SCHULER DEZSŐ, VALKOVICS EMIL, VUKOVICH GYÖRGY

SZERKESZTŐSÉG:

KLINGER ANDRÁS főszerkesztő  
KAMARÁS FERENC felelős szerkesztő  
HABLICSEK LÁSZLÓ szerkesztő

BOARD OF EDITORS:

ANDRÁS KLINGER managing editor  
FERENC KAMARÁS responsible editor  
LÁSZLÓ HABLICSEK editor

FELELŐS KIADÓ:

CSERNÁK JÓZSEFNÉ igazgató

ISSN 0011-8249

DEMOGRÁFIA

A population Quarterly of the Committee for Demography  
of the Hungarian Academy of Sciences  
and the Hungarian Central Statistical Office  
Demographic Research Institute

Editor-in-Chief: *Dr. András Klinger*

Editorial Office: H-1024, Budapest II., Fényes Elek u. 14—18.

Orders may be placed with KULTURA: Hungarian Trading Company for Books  
and Newspapers (Budapest, 62. P.O.B. 149)

or with any greater bookseller or distributor of periodicals

Subscription for a year: US \$ 40.00

## TARTALOMJEGYZÉK

### TANULMÁNYOK

<i>S. Molnár Edit—Pongrácz Tiborné: Közvélemény-kutatás népesedési kérdésekről — 1995</i> . . . . .	7
<i>Czibulka Zoltán: Az időskoriak életmódja, életkörülményei a statisztikai adatok tükrében</i> . . . . .	20
<i>Gárdos Éva: Az egészségügyi ellátó hálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években</i> . . . . .	38
<i>Farkas E. János: A lakáshelyzet szociális vetületei a kilencvenes években</i> . . . . .	54

### FIGYELŐ

Német-magyar-lengyel demográfiai találkozó, 1996. március 28-29. . .	68
--	----

### IRODALOM

#### FOLYÓIRATCIKKEK

<i>Day, L.H.: Recent Fertility Trends in Industrialized Countries: Toward a Fluctuating or a Stable Pattern? (A termékenység legújabb trendjei a fejlett ipari országokban. Változékonyság vagy stabilizáció felé?) European Journal of Population, 1995/3. 275—288. p. (H.L.)</i> . . . . .	70
<i>Dimitrova, M.—Donkov, K.: Bulgarian population. (Bulgária népessége.) Statistical Review — Republic of Bulgaria, 1994/1. 4—5. p. (Sz.Zs.)</i> . . . . .	71
<i>Larivière, J.-P.: Corée du Nord: particularisme socio-économique, parallélisme démographique avec le Sud. (Észak-Korea: társadalmi-gazdasági elkülönültség és demográfiai párhuzamosság a Délel.) Espace, Populations, Sociétés, 1995/2. 203—207. p. (G.M.)</i> . . . . .	71
<i>Nebenführ, E.: Determinanten für die Geburt eines zweiten Kindes. (A második gyermek születését meghatározó tényezők.) Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 1995/2. 207—214. p. (F.J.)</i> . . . . .	72
<i>Schwarz, K.: In welchen Familien wachsen die Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf? (Milyen családokban nőnek fel a német gyermekek és fiatalok?) Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 1995/3. 271—292. p. (F.J.)</i> . . . . .	73
<i>Booth, A.—Johnson, D.R.—Branaman, A.—Sica, A.: Belief and Behavior: Does Religion Matter in Today's Marriage? (Hit és magatartás: számít-e a vallás a mai házasságban?) Journal of Marriage and the Family, 1995/3. 661—671. p. (R.G.)</i> . . . . .	75
<i>Prioux, F.: La fréquence de l'union libre en France. (A házasságon kívüli együttélések gyakorisága Franciában.) Population, 1995/3. 828—844. p. (G.M.)</i> . . . . .	76
<i>Elkeles, T.—Seifert, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. (Munkanélküliség és egészség.) Soziale Welt, 1992/3. 279—297. p. (F.J.)</i> . . . . .	76
<i>Filatki, H.—Fox, J.: Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS longitudinal study. (A halandóság lakás- és gépkocsitulajdon szerinti különbségei Angliában: egy longitudinális vizsgálat eredményei.) Population Trends, 1995. ősz. 27—30. p. (M.F.)</i> . .	77

Kytir, J.—Köck, Ch.—Münz, R.: Historical regional patterns of infant mortality in Austria. (A csecsemőhalandóság területi különbségei Ausztriában a XIX. század végén és a XX. század első felében.) <i>European Journal of Population</i> , 1995/3. 243—249. p. (M.F.)	78
Zimmermann, K.F.: Tackling the European Migration Problem. (Az európai vándorlási probléma kezelése.) <i>Journal of Economic Perspectives</i> , 1995. tavasz, 45—62. p. (R.G.)	79

#### DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

Demografie	80
Demography	80
European Journal of Population	81
Population	81
Population and Development Review	82
Population Index	83
Population Studies	83
Population Trends	84
Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft	84

*Utánnymás csak a forrás megjelölésével.  
Kéziratot nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.*



# CONTENTS

## STUDIES

<i>Edit S. Moinár—Marietta Pongrácz</i> : Public opinion survey on population items — 1995 . . . . .	7
<i>Zoltán Czibulka</i> : Way of life and living conditions of the elderly as mirrored by the statistical data . . . . .	20
<i>Éva Gárdos</i> : Capacity and provisions of the health service network and their utilization in the 1990s . . . . .	38
<i>János E. Farkas</i> : Social respects of housing situation in the nineties . . . . .	54

## CHRONICLE

German-Polish-Hungarian Demographic Meeting, 28—29 March 1996 . . . . .	68
---	----

## REVIEW

## ARTICLES

<i>Day, L.H.</i> : Recent Fertility Trends in Industrialized Countries: Toward a Fluctuating or a Stable Pattern? <i>European Journal of Population</i> , 1995/3. 275—288. p. (L.H.) . . . . .	70
<i>Dimitrova, M.—Donkov, K.</i> : Bulgarian population. Statistical Review — Republic of Bulgaria, 1994/1. 4—5. p. (Zs.Sz.) . . . . .	71
<i>Larivière, J.-P.</i> : Corée du Nord: particularisme socio-économique, parallélisme démographique avec le Sud. (North Korea: socio-economic separation from, and demographic parallelism with the South.) <i>Espace, Populations, Sociétés</i> , 1995/2. 203—207. p. (M.G.) . . . . .	71
<i>Nebenführ, E.</i> : Determinanten für die Geburt eines zweiten Kindes. (Determinative factors of the second child's birth.) <i>Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft</i> , 1995/2. 207—214. p. (J.F.) . . . . .	72
<i>Schwarz, K.</i> : In welchen Familien wachsen die Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf? (In what kind of families do German children and juveniles grow up?) <i>Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft</i> , 1995/3. 271—292. p. (J.F.) . . . . .	73
<i>Booth, A.—Johnson, D.R.—Branaman, A.—Sica, A.</i> : Belief and Behavior: Does Religion Matter in Today's Marriage? <i>Journal of Marriage and the Family</i> , 1995/3. 661—671. p. (G.R.) . . . . .	75
<i>Prioux, F.</i> : La fréquence de l'union libre en France. (Frequency of cohabitation without marriage in France.) <i>Population</i> , 1995/3. 828—844. p. (M.G.) . . . . .	76
<i>Elkeles, T.—Seifert, W.</i> : Arbeitslosigkeit und Gesundheit. (Unemployment and health.) <i>Soziale Welt</i> , 1992/3. 279—297. p. (J.F.) . . . . .	76
<i>Filatki, H.—Fox, J.</i> : Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS longitudinal study. <i>Population Trends</i> , 1995. Autumn, 27—30. p. (F.M.) . . . . .	77
<i>Kytir, J.—Köck, Ch.—Münz, R.</i> : Historical regional patterns of infant mortality in Austria. <i>European Journal of Population</i> , 1995/3. 243—249. p. (F.M.) . . . . .	78
<i>Zimmermann, K.F.</i> : Tackling the European Migration Problem. <i>Journal of Economic Perspectives</i> , 1995. Spring, 45—62. p. (G.R.) . . . . .	79

## REVIEW OF DEMOGRAPHIC JOURNALS

Demografie . . . . .	80
Demography . . . . .	80
European Journal of Population . . . . .	81
Population . . . . .	81
Population and Development Review . . . . .	82
Population Index . . . . .	83
Population Studies . . . . .	83
Population Trends . . . . .	84
Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft . . . . .	84

*Reproduction permitted only with indication of source.  
Manuscripts are not kept or sent back.*

## KÖZVÉLEMÉNY-KUTATÁS NÉPESEDÉSI KÉRDÉSEKRŐL — 1995<sup>1</sup>

S. MOLNÁR EDIT—PONGRÁCZ TIBORNÉ

Az elmúlt év őszén, 1995. október-novemberben készült közvélemény-kutatásunk az ország népesedési helyzetére és az államháztartási reformhoz kapcsolódó aktuális családpolitikai kérdésekre vonatkozó lakossági véleményeket vizsgálta. A kérdőíves adatfelvétel a Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés (TÁRKI) OMNIBUSZ — ISSP vizsgálatának keretében folyt, a 18 éves és idősebb korú lakosság 1000 fős országos reprezentatív mintáján. Tanulmányunkban a közvélemény-kutatás eredményei közül három olyan témakört emelünk ki, amelyek a Népeségtudományi Kutató Intézet korábbi években végzett közvélemény-kutatásaiban is szerepeltek, így alkalmasak arra, hogy bemutassuk a népesedési helyzettel és a gyermekvállalással kapcsolatos lakossági vélemények alakulását az elmúlt évek távlatában. A közvélemény-kutatás teljes anyaga a Népeségtudományi Kutató Intézet kiadvány-sorozatában jelenik meg.

### *Vélemények a népességszám csökkenéséről*

Magyarországon a 80-as évektől folyamatosan csökken a népesség lélekszáma. Ez szükségképpen kedvezőtlen korösszetételt is jelent, és súlyos gazdasági hatásokkal jár. A 90-es évek elején már nyilvánvalóvá vált, hogy kevesebb, mint két kereső befizetéseiből kell biztosítani egy nyugdíjas nyugdíját. A népességelőszámítások hosszú ideig érdemtelenül figyelmen kívül hagyott jelzései szerint a helyzet 2000 után rohamosan romlani fog; 2010 után az eltartási arány 1,5-re változik. Ez azt jelenti, hogy ekkor már három kereső nyugdíjjárulék-befizetéseiből kell biztosítani két nyugdíjas ellátását. Könnyű belátni, hogy amennyiben a nyugdíjrendszer reformja elmarad, nem kerülhető el a társadalombiztosítási rendszer összeomlása.

Egy radikális nyugdíjreformmal szemben ma meglehetősen ellenálló a közvélemény. Ez sok szempontból érthető is. Az egészségi állapot gyors leromlása a nyugdíjba lépés korhatárának felemelése ellen szól, az alacsony bérek miatt az emberek nem tudnak előtakarékoskodni, a munkanélküliség fenyegető veszélye helyett pedig sokan választják a még mindig biztosabb megélhetési forrásnak tűnő korai nyugdíjazást vagy leszázalékolást. Mint az 1995. évi szociális megszorítások példája mutatta, a reformok sikerét alapvetően meghatározhatja, hogy mekkora a lakosságban a változtatások iránti fogadókészség. A nyugdíjreform alternatíváiról folytatott társadalmi párbeszéd csak akkor lehet eredményes, ha azt egy olyan, széles körű kommunikáció előzi meg, amely reális ismereteket képes nyújtani a népesedési folyamatok perspektívájáról, és amely nyilvánvalóvá teszi a nem kívánatos tendenciák

<sup>1</sup> A kutatás az OKTK támogatásával készült (V. 1029. sz.).

megállításának szükségességét. Ezért is érdekes megtudni, hogyan vélekedik a népességfogyás kérdéséről a lakosság a reformok bevezetésének küszöbén.

Erről 1983 óta rendelkezünk közvélemény-kutatási adatokkal.

A nyolcvanas évek elején a már kirajzolódó kedvezőtlen folyamatok még csak a szakemberek számára voltak ismertek, olyannyira, hogy a kérdés egy ideig tabunak számított, a népességleőreszámítások dokumentumait titkosították. Ennek egyik oka az lehetett, hogy ebben az időben még mindig kísértett az a szemléletmód, hogy a kedvezőtlen információkat el kell zárni a nyilvánosság elől. (Ilyenek voltak pl. a cigányság, a kisebbségek, a határon kívüli magyarok, a szegénység, a deviancia problémái.) A másik ok, hogy a népesség, a nemzet jövője miatti aggodalmaskodás könnyen megkaphatta az "irredenta", "sovinisza", vagy a hosszú ideig pejoratív jelzőnek számító "nacionalista"-stigmát. Nagy valószínűséggel ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a népességsökkenés problémájának felvetését sokszor még hivatalosan is csak mint valamiféle "érzelmi problémát" kezelték, amelynek gazdasági hatásai vagy egyáltalán nincsenek, vagy ha vannak, akkor nem feltétlenül rosszak. Ilyen körülmények között talán nem is nevezhető alacsonynak, hogy az 1983. évi közvélemény-kutatás szerint abban az időben a felnőtt lakoságnak csak 40%-a tudott a népességfogyás tényéről. Az informáltság ezt követően már gyors ütemben növekedett:

A közvélemény-kutatás éve	A népességsökkenésről tájékozottak aránya (százalék)
	N = 1000 fő/év
1983	40
1985	58
1990	75
1995	70

Ennek egyik oka, hogy a 80-as évek második felében már nagyon sok kedvezőtlen adat került be a nyilvánosságba a lakosság egészségi állapotával, a magas férfi-halandósággal kapcsolatban. (Lásd pl. az 1987. évi "Egészségmegőrzés társadalmi programja" körül megjelenő kommentárokat és az egészség-szociológiai kutatások felfutását.) A másik ok, hogy az 1990. évi választások előtt több párt is programjába foglalta a rossz irányba mutató tendenciák megállítását. De szerepet játszhatott az is, hogy küszöbön állt a terhességmegszakítás engedélyeztetésével kapcsolatos törvény módosítása, amit a közvélemény — a múlt tapasztalataira alapozva — az alacsony születésszám korrigálásának szándékával azonosított.

Az ismereteket mindvégig leginkább az iskolai végzettség befolyásolta. 1995-ben a 8-nál kevesebb osztályt végzettek 57%-a, a 8 osztályt végzettek 66%-a, de a diplomások közel 90%-a volt tisztában a népességsökkenés tényével. Mindenesetre elmondható, hogy a lakosság a problémáról ma meglehetősen jól informált.

Két kérdés lehet érdekes ezek után: mennyire tartják *súlyos* problémának ezt a folyamatot (illetve mennyire tartanák súlyosnak, ha az tartósan fennmaradna),

és milyen következményektől tartanak leginkább (illetve — akik nem érzik súlyos gondnak — miért gondolják így).

Az figyelhető meg, hogy a népességfogyás problémáját a lakosság többnyire az "eléggé súlyos" jelzővel minősíti, 10 éve ez a modális vélemény. Váltakozó a tendenciát "nagyon súlyosnak" tartók aránya. Ez 1985—1990 között volt a legmagasabb, ekkor a lakosság több mint egyharmada vélekedett így. 1985 előtt — amikor az informáltság is csekélyebb volt, és 1990 után — talán mert "megszoktuk", hogy ezzel együtt kell élni — a népességfogyásra kifejezetten aggodalommal tekintők aránya alacsonyabb:

(százalék)

Mennyire tartja súlyosnak, ha folytatódik a népesség fogyása?	A közvélemény-kutatás éve				
	1983	1985	1990	1993	1995
Egyáltalán nem súlyos	7	4	2	9	8
Kevésbé súlyos	22	14	10	20	14
Eléggé súlyos	39	43	49	47	47
Nagyon súlyos	23	34	35	19	26
Nem tudja	9	5	4	5	5
	100	100	100	100	100

A minősítő véleményeket a válaszadók társadalmi-demográfiai jellemzői csak gyengén befolyásolják: az iskolázottabb, illetve a fővárosi emberek között valamivel többen tartják súlyos gondnak a népesség csökkenését. Az azonban megfigyelhető, hogy a párt-szimpatia, illetve a politikai beállítódás árnyalja a véleményeket. A kormányzó pártokkal rokonszenvezők, illetve a magukat baloldali beállítottságúnak tartó emberek között gyakoribb az "eléggé súlyos" minősítés, míg az ellenzéki pártokkal rokonszenvezők, illetve jobboldali beállítottságúak másoknál sűrűbben deklarálják, hogy a népességszökkenés "súlyos gond"<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> A párt-szimpatia a szokásos közvélemény-kutatói kérdéssel mértük: "ha most vasárnap lennének a választások, melyik pártot szavazna?". A kérdés időpontjában, 1995 őszén a kérdezettek 16,2%-a szavazott volna a két kormányzó párt valamelyikére, 20,9% a négy ellenzéki párt közül választott volna, 4,5% nem parlamenti pártot nevezett meg, 58,4% pedig vagy nem ment volna el szavazni, vagy nem jelölt meg a választott pártot. A politikai állásfoglalást egy 10 fokú skálával mértük, melynek 1. foka a baloldalt, 10. foka a jobboldalt jelentette, a válaszadók önbesorolással helyezték el magukat a skála valamely fokán. A kérdezettek 23,3%-a "inkább baloldalinak" (1—4. fok), 17,7%-a "inkább jobboldalinak" (6—10. fok) minősítette magát, 30% a "centrumot" jelölte meg (5. fok), 19% pedig nem kívánt vagy nem tudott felelni.

*A vélemények megoszlása a válaszadók politikai preferenciái szerint*  
*Distribution of opinions according to the political preferences of the respondents*

(százalék)

Mennyire súlyos probléma a népesség csökkenése?	Kormányzó pártok	Ellenzéki pártok	Nem parlamenti pártok	Nem szavazók	Átlag
	szavazóbázisa				
Egyáltalán nem súlyos	7	10	7	8	8
Kevésbé súlyos	15	11	20	14	14
Eléggé súlyos	56	42	36	47	47
Nagyon súlyos	20	35	33	24	26
Nem tudja	2	2	4	6	5
	100	100	100	100	100
	(N = 16%)	(N = 21%)		(N = 58%)	N = 1000 fő

(százalék)

Mennyire súlyos probléma a népesség csökkenése?	Inkább baloldali beállítottságú	Centrumhoz tartozó	Inkább jobboldali beállítottságú	Nem tudja megmondani	Átlag
Egyáltalán nem súlyos	7	6	12	8	8
Kevésbé súlyos	16	15	12	13	14
Eléggé súlyos	52	49	35	48	47
Nagyon súlyos	20	27	40	22	26
Nem tudja	5	3	1	9	5
	100	100	100	100	100
	(N = 23%)	(N = 30%)	(N = 18%)	(N = 19%)	N = 1000 fő

Felvetett első kérdésünkre tehát az a válasz adható, hogy a lakosság meghatározó többsége 1995-ben "*eléggé súlyos*" vagy "*nagyon súlyos*" gondnak tartotta a népesség lélekszámának fogyását, jóllehet az így vélekedők aránya az 1985–1990 között tapasztalthoz képest átlagosan mintegy 10–11 százalékponttal lecsökkent. A vélemények intenzitását a politikai-ideológiai állásfoglalás árnyalja.

A másik kérdés, hogy milyen következményektől tartanak, illetve milyen következményeket "remélnek" az emberek a népesség csökkenésétől. A szabadon elmondott véleményeket utólag tipizálva az alábbi véleménytípusok rajzolódnak ki:

A népesség fogyása "elég súlyos" vagy "nagyon súlyos" probléma, mert:

- "elfogyunk, kihal a magyarság" 38%
- "nem lesz elég munkaképes ember" 19%
- "előregedik az ország, egészségtelen korstruktúra" 10%
- egyéb vélemény, vagy nem tudja 5%

Összes "aggodalmaskodó" 72%

A népesség fogyása "egyáltalán nem" vagy "kevésbé súlyos" probléma, mert:

- "így is sokan vagyunk, nehéz a megélhetés" 9%
- "nem lenne (akkora) munkanélküliség" 4%
- "nem a létszámtól függ, kisebb országban is lehet jól élni" 2%
- egyéb vélemény vagy nem tudja 7%

Összes "nem aggodalmaskodó" 22%

A mérleg azt mutatja, hogy a népességfogyás következményeit illetően eléggé megoszló a közgondolkodás:

- aggodalmak a magyarság jövője miatt 38%
  - aggodalmak a negatív gazdasági következmények miatt 29%
  - a népességfogyás pozitív következményeire számító remények 15%
  - találgatások, bizonytalan vélemények, "nem tudja"-válaszok 18%
- 100%

A két markáns véleménycsoport ("a magyarság jövője" — "nem lesz elég munkaképes ember") alakulásában az életkor és az iskolai végzettség szerepét érdemes kiemelni. Egyik sem meglepő: a "magyarság jövője" miatti aggodalmak az életkor növekedésével, az aktív korúak létszámfogyatkozása miattiak pedig az iskolázottság emelkedésével válnak egyre intenzívebbé:

*"Elfogyunk, kihal a magyarság"*

*"Nem lesz elég munkaképes ember"*

18—29 éves	30%	8-nál kevesebb osztályt végzett	12%
30—39 éves	32%	8 osztály végzett	14%
40—49 éves	39%	szakközépiskola	19%
50—59 éves	47%	szakmunkképző	23%
60 éves és idősebb	47%	gimnázium	26%
		főiskola	28%
		egyetem	31%
Átlag	38%	Átlag	19%

Az "elfogyunk, kihal a magyarság" — vélemény típus ideológiai tartalmat is hordoz. Bár minden megkülönböztetett politikai csoporton belül ez a leggyakoribb aggodalom, a kormánypártokkal rokonszenvezők, illetve a baloldali beállítottságú emberek valamivel az átlagos 38% alatt (34—33%) deklarálják csak ezt az álláspontot, míg az ellenzéki pártok szavazóbázisa, és a magukat a centrumhoz vagy inkább jobboldalhoz sorolók 40% feletti aránya hangoztatja. Különösen érvényes ez az ellenzéki pártok szavazóbázisára, akiknél e vélemény elterjedtsége az átlagost 10 százalékponttal haladja meg.

*"Elfogyunk, kihal a magyarság"*

(átlag: 38%)

Kormányzó pártok szavazói:	34%	Inkább baloldali beállítódásúak:	33%
Ellenzéki pártok szavazói:	48%	Centrumhoz tartozók:	41%
Nem parlamenti pártok szavazói:	31%	Inkább jobboldali beállítódásúak:	43%
Nem szavazók:	39%	Semlegesek:	41%

Nem mondható el ugyanez a gazdasági tartalmú aggodalmakról; ezek megítélésében gyakorlatilag teljesen egyformán gondolkoznak a politikai paletta szereplői, az előző évről lényegesen mérsékeltebben tartva a kedvezőtlen gazdasági következményektől.

A kutatás figyelemreméltó tapasztalata, hogy a népességfogyás súlyosságának és várható hatásának megítélése a közgondolkodás meglehetősen zárt, elkülönülő tartománya. A kérdőív lehetőséget adott annak vizsgálatára, hogy

- a családcentrikus, gyermekcentrikus beállítódású emberek,
- a családtámogatási rendszer megváltozását ellenzők,
- a nemzeti érzéssel, magyarságtudattal erősen azonosulók, vagy
- a személyes jövőjükre bizonytalanul tekintők, pesszimisták

körében vajon intenzívebb-e a magyarság miatti aggodalom, illetve nagyobb fokú-e az érzékenység a népességcsökkenés vélt következményeinek valamely típusa iránt. Ilyesfajta látványos, szignifikáns erősségű összefüggést azonban nem lehet kimutatni. Ez azt jelenti, hogy bár a népességfogyás ténye ismert a lakosság körében, a tendencia hatásainak megértése jelenleg meglehetősen elvont probléma az emberek számára, és kevéssé vagy egyáltalán nem kapcsolódik össze a mindennapi gondolkodás más elemeivel. Az azonban nem kétséges, hogy az átfogó társadalmi reformok szükségességét hangoztató kommunikáció nemcsak gazdasági megfontolásokra támaszkodhat, hanem joggal építhet a nemzetféltség attitűdjére is, amely iránt a lakosság — politikai, világnézeti állásfoglalástól függetlenül — érezhetően fogékonyságot mutat.



*Hány gyermek a "legjobb"?*

A nemzetközi szakkutatások az 1930-as évektől kezdve alkalmazzák közvélemény-kutatásokban az *ideális gyermekszámra* vonatkozó kérdőív-kérdést. Ez többnyire így szól: *"Hány gyermeket tart Ön ideálisnak manapság egy egészséges családban?"* A tapasztalatok szerint a válaszokból számított ún. ideális gyermekszám-átlag (vagy a 100 családra jutó ideális gyermekszám átlaga) tükrözi az adott országban elterjedt szokásokat, hagyományokat, ezért országok közötti összehasonlítást is szolgál. De azt is megfigyelték, hogy a mutató értéke elég jól visszaadja a lakosság optimista vagy pesszimista beállítódásának alakulását is, mivel politikai-gazdasági hatásokra érzékeny. Így például a folyamatos idősoros vizsgálatok szerint prosperáló, ún. békés években a családok számára több gyermeket tartanak kívánatosnak az emberek, míg háborús években, recessziós időszakokban kevesebbet.

Magyarországon már hosszú ideje azt tartják jónak, ideálisnak, ha a családokban két — legfeljebb három — gyermek nevelkedik. A gyermekek ideálisnak tartott száma azonban csökkenőben van:

míg 1974-ben 100 családra 288,  
1985-ben 100 családra 253,  
1989-ben 100 családra 236 gyermeket

tartottak ideálisnak. Legutolsó adatunk 1993-ból származik. Ekkor azonban nem lakossági mintán tettük fel a kérdést, hanem a 40 éves és fiatalabb férfiak és a 35 éves és fiatalabb nők reprezentatív mintáján, akik átlagosan 210 gyermeket tartottak ideálisnak 100 családra. Az elmúlt 20 esztendő alatt az ideális gyermekszám-átlagnak ez volt a legalacsonyabb értéke.

A gyermekszám-ideálok vizsgálatára másfajta kérdőív-kérdéseket is használnak. Ezek általában azon alapulnak, hogy egy konkrét gyermekszám preferálása még nem jelenti, hogy az annál alacsonyabb (vagy magasabb) gyermekszámú családokat az emberek kevésbé tartanak jónak, megfelelőnek. A kérdés tehát nem egyetlen, helyeselt gyermekszám megnevezésére irányul, hanem arra, hogy a válaszadók különböző gyermekszámú családokról nyilvánítsanak véleményt: a gyermektelen, az egy-, a két-, a három-, valamint a négy- vagy többgyermekes családról külön-külön mondják meg, mennyire tartják jónak, ha egy házaspárnak éppen annyi gyermeke van. Válaszaikat egy ötfokú létra segítségével — az iskolai osztályzatokhoz hasonlóan — adhatják meg. Ilyen kérdés-szerkezetet először 1989-ben alkalmaztunk, 1995. évi adatainkat ezzel vetjük egybe.

*A különböző gyermekszámú családok értékelése*  
*Scoring the number of children by families*

(százalék)

Mennyire jó, ha egy házaspárnak ...		5	4	3	2	1	Nem tudja	Osztályzat átlag
		nagyon jó	jó	közepes	rossz	nagyon rossz		
nincs gyermeke	1989	0,8	1,8	11,7	31,4	52,6	1,7	1,6
	1995	4,2	5,0	20,3	14,4	52,8	3,3	1,9
1 gyermeke van	1989	2,2	31,3	45,2	16,5	3,0	1,8	3,1
	1995	13,3	26,0	35,6	17,9	4,1	3,1	3,3
2 gyermeke van	1989	23,7	63,6	9,1	1,5	0,4	1,7	4,1
	1995	36,7	32,8	19,8	5,5	2,2	3,1	4,0
3 gyermeke van	1989	19,1	36,2	27,5	12,1	1,7	3,4	3,5
	1995	21,0	23,1	26,2	16,8	8,9	4,1	3,3
4 vagy több gyermeke van	1989	6,1	13,5	27,0	30,8	18,4	4,2	2,6
	1995	10,2	8,4	20,5	22,1	33,5	5,3	2,4

Az első megállapításunk az lehet, hogy *a gyermektelenséget a közvélemény változatlanul a legrosszabb állapotnak tartja egy házaspár számára*. Ha "osztályzat-átlagokat" számítunk, a gyermektelenségre adott átlagok mindkét vizsgálati évben 2,0 alatt maradnak: 1989-ben 1,6, 1995-ben pedig 1,8. Ez egybecseng egy másik kérdőív-kérdésre kapott eredménnyel is. Arra a kérdésre, hogy *"kinek jobb az életben: akiknek vannak gyermekeik, vagy akiknek nincsenek?"* — a megkérdezettek kerek háromnegyede úgy dönt: azoknak jobb, akiknek *vannak* gyermekeik. Értelemszerűen még magasabb az így vélekedők aránya kisgyermekes szülők körében. (Megjegyzendő, hogy ez a — nálunk természetesnek ható — eredmény nem jellemző minden országra nézve. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatunk tanulsága szerint Lengyelországban, Oroszországban, Németországban a kisgyermekes szülők nagyon jelentős hányada gondolta azt 1991-ben, hogy *"az életben azoknak jobb, akiknek nincsenek gyermekeik"*. Úgy tűnik tehát, hogy Magyarországon — legalábbis ma még — nagyon karakterisztikusan van jelen a gyermekcentrikus beállítódás.)

Ennek ellenére a két időpont között a vélemények bizonyos átstrukturálódása figyelhető meg: 84%-ról 67%-ra csökkent azok aránya, akik a gyermektelenséget rossz vagy nagyon rossz állapotnak tekintik, míg 2,6%-ról 9,2%-ra nőtt a gyermektelenséget ideális állapotnak minősítők részaránya. A gyermektelenség elfogadása viszonylagosan nagyobb arányú az alsó osztályhoz tartozó, nélkülözések között élő fiatalok körében, illetve azok között, akik maguk is

gyermektelenek. Érdeemes megjegyezni, hogy a felső középosztályhoz tartozó megkérdezettek közül senki sem minősítette ezt az állapotot jónak vagy nagyon jónak.

Kismértékben emelkedett azok aránya, akik az egygyermekes státust jónak vagy nagyon jónak tartják, s az emelkedés különösen az ötös osztályzat esetén volt szembevetendő. Ezzel összefüggésben csökkent azok aránya is, akik a két vagy három gyermeket tartják ideálisnak, kívánatosnak. A megkérdezettek túlnyomó többsége mindkét időpontban a kétgyermekes életformát tartotta legvonzóbbnak, az osztályzat-átlagok alapján jóra, 4-esre értékelve.

Jelentősebb változás következett be a három-, illetve négy- és többgyermekes lét megítélésében. Némileg csökkent a háromgyermekes család vonzereje is, de méginkább érzékelhető ez az ennél többgyermekes család esetében. 1995-ben többségi vélemény, hogy *rossz azoknak a házaspároknak az élete, akiknek sok gyermekük van*, ezen belül a megkérdezettek egyharmada — s az emelkedés a két időpont között itt volt drámai — ezt az állapotot kifejezetten nagyon rossznak minősíti.

Összefoglalva megállapítható, hogy *a közvélemény szerint ma jobb a házaspároknak, ha családépítkezési elképzeléseiket, a gyermek utáni vágyaikat kevesebb utóddal teljesítik, mint ahogyan azt még 6 évvel ezelőtt el lehetett képzelni*. Ez a változás tendenciájában megfelel a tényleges termékenységi arányszámokban jelentkező csökkenésnek. A visszaesés azonban közel sem nevezhető jelentősnek, s ezt azért fontos hangsúlyozni, mert a vizsgált időszak alatt végbement társadalmi-gazdasági változások — Magyarországgal ellentétben — más, volt szocialista országokban nagyon jelentős visszaeséseket, változásokat eredményeztek a népesség termékenységi magatartásában, a gyermekvállalási attitűdökben, értékrendben. A közvélemény-kutatási adatok ugyanakkor figyelmeztetnek is, hogy bár még a magyar társadalomban ténylegesen nincs jelen a tudatos gyermektelenség, de gondolati szinten — ha halványan is —, de megjelentek az első arra utaló jelek, hogy a gyermekkel kapcsolatos értékrend változás előtt áll: a tudatos gyermektelenség negatív megítélése mérséklődik, a státusz elfogadottabbá válik.

### *Milyenek a sokgyermekesek?*

Évtizedeken keresztül nem szorult különösebb bizonyításra, hogy a családok életszínvonalát a keresők és eltartottak egymáshoz viszonyított aránya szabja meg, mindenekelőtt az, hogy a szülőknek hány gyermek felneveléséről kell gondoskodniuk. Bár a családok meghatározó többségére ez ma is érvényes, és ebből következően a gyermektelen házaspárok körében alul-, a három- és többgyermekesek körében felülreprezentáltak a szegények, a Magyar Háztartás Panel adatai azt mutatják, hogy a gyermekszám növekedése és a szegénységbe

kerülés közötti kapcsolat nem lineáris. Ennek az is oka, hogy pl. a gyermekét egyedül nevelő szülők esetében 1–2 gyermek mellett is nagyobb a szegények aránya. (Egy igen szűk rétegnél ennek a fordítottja is igaz: magas jövedelem mellett három gyermek eltartása sem sodorja a családot a szegénység felé.)

A szociálpolitikai megfontolások ugyancsak évtizedek óta — és jelenleg is — olyan lépcsőfoknak tekintik a család háromgyermekessé válását, amely azt sugallja, hogy ekkor minőségi változás történik a családok életében. Ezt a közgondolkodás is erősíti: Magyarországon — az elmúlt 20 év folyamatos vizsgálatai szerint — az emberek többsége azt tartja *jónak, helyesnek, ideális helyzetnek*, ha a családokban két gyermek nevelkedik. E két dolog (a szociálpolitika szempontja és a közvélemény állásfoglalása) között azonban mégis van egy nehezen feloldható feszültség. A három- és többgyermekesek kiemelt támogatása két szempontból is fontos. Részből azért, mert közöttük valóban több a társadalom segítségére szoruló aránya. De azért is, mert a termékenység javulásához arra lenne szükség, hogy a kétgyermekes szülők közül a jelenleginél többen vállalkozzanak harmadik gyermekre. A kettős cél megvalósítása a közgondolkodás részéről toleranciát és szolidaritást igényel. Mégis az állapítható meg, hogy ez a közvéleményben csökkenően van, a "sokgyermekes" jelző egyfajta stigmává válik. Ezt két kérdés idősoros adatai mutatják. A sokgyermekes, ún. "nagy családnak" tulajdonított gyermekszám átlaga csökken. (1974-ben még zömmel csak a 4-5-6 gyermekes családokat tartották az emberek sokgyermekeseknek, a háromgyermekeseket pedig természetesnek, normálisnak, 1995-ben azonban a lakosság közel 60%-a már a háromgyermekeseket is a "nagy családok" közé sorolta, sőt nem jelentéktelen számban még a kétgyermekeseket is.)

*A sokgyermekes családoknak tulajdonított gyermekszám  
alakulása 1974–1995 között (százalék)*  
*Number of children attributed to families with several children  
from 1974 through 1995 (percent)*

A kutatás éve	A sokgyermekes családok gyermekszáma								Nem tudja	Össze- sen	Átlag
	1	2	3	4	5	6	7	8 vagy több			

(N = 1000 fő/év)

1974	-	-	11	29	31	18	10	.	1	100	4,87
1983	-	.	14	33	27	15	5	5	1	100	4,76
1985	-	.	26	37	22	8	2	4	1	100	4,33
1987	.	.	19	34	27	10	4	5	1	100	4,56
1989	.	1	20	31	27	12	3	5	1	100	4,59
1995	1	9	56	22	8	2	.	.	1	100	3,37

Az a tendencia, hogy a sokgyermekes családoknak tulajdonított gyermek-szám átlaga 20 esztendő alatt 1,5-del (vagyis átlagosan 1—2 gyermekkel) lecsökkent, nagyon jelentős szemléletmódbeli változás. Ezen belül is legnagyobb törés 1989 és 1995 között következett be, amikor megháromszorozódott azok aránya, akik szerint három (esetleg kevesebb) gyermekkel is már ún. sokgyermekes családról lehet beszélni. (Ehhez hasonló — de kisebb mértékű — az 1983—1985 közötti véleményváltozás, amikor is két év alatt megduplázódott a három /vagy kevesebb/ gyermeket "soknak" tartók aránya. 1985-ben a népesedéspolitikai kedvezmények arra irányították a figyelmet, hogy ez az a küszöb, amikor a családok már a társadalom segítségére szorúlnak.) Az 1989—1995 közötti változás részben ugyancsak a családi pótlékkel kapcsolatos döntések nyomait hordozza (mely szerint alanyi jogon csak három vagy több gyermek után jár a támogatás), de nagy valószínűséggel azt is, hogy az életszínvonal csökkenése miatt általánosan is nehezedett a gyermekek eltartása.

A lakosság túlnyomó többsége úgy tudja: a sokgyermekes családok a társadalom valamely meghatározott rétegére, csoportjára koncentrálnak. 1995-ben az emberek 84%-a vélekedett így. Viszonylag kevesen gondolnak ilyenkor olyasfajta társadalmi csoportokra, mint pl. a falusiakra, az alacsonyan iskolázottakra vagy akár a vallásos családokra; legsűrűbben a cigány népességet említik. Az így vélekedők aránya a 10—12 évvel ezelőtti tapasztalathoz képest növekedett:

*Vannak-e a lakosságnak olyan rétegei, csoportjai,  
ahol az átlagosnál több gyermek születik?  
(százalék)*

*Are there any strata or groups of the population where  
more children are born than the average?  
(per cent)*

Vélemény	A közvélemény-kutatás éve (N= 1000 fő/év)		
	1983	1985	1995
Nincsenek	30	28	16
Vannak	70	72	84
Ezen belül:			
- cigányok	59	57	63
- mások	11	15	17

Ezzel egyidejűleg jelentősen megnövekedett a sokgyermekes szülők negatív megítélése, mint olyanoké, akik felelőtlenül, a "normálisan gondolkodó emberek terhére" hoznak világra az átlagosnál több gyermeket. Ez a vélekedés

nem volt korábban sem ismeretlen, ám a véleményváltozások nagyon kedvezőtlen tendenciája az, hogy a negatív megítélésmód ma már a háromgyermekes családokra is kiterjed. Az egyik markáns vélemény típus szerint az ilyen családok általában gyermekszerető, családcentrikusak. (1985-ben még ez volt a leggyakoribb vélemény.) A másik vélemény típus negatív ítéleteket tartalmaz: tudatlanok, nem ismerik a védekezés, a családtervezés módszereit, vagy felelőtlenek, mivel nem alkalmaznak fogamzásgátlási módszereket, vagy pedig kizárólag csak a szociálpolitikai kedvezmények miatt vállalkoznak annyi gyermekre. Végül a harmadik vélemény típus azt képviseli, hogy a sokgyermekesek között ilyenek is — olyanok is vannak.

1985 óta folyamatosan csökkent azok aránya, akik az átlagosnál több gyermek vállalását kizárólag pozitív jelzővel minősítették, és 1995-re nagyon jelentősen megnövekedett a negatív minősítések aránya:

*A sokgyermekes családok megítélése  
a véleménnyel rendelkezők válaszai alapján  
(százalék)<sup>2</sup>*

*Judgement of families with many children according to the answers  
of respondents having an opinion  
(per cent)*

A közvélemény- kutatás éve	Csak pozitív jelzővel minősít	Részben pozitív — részben negatív véle- ményt mond	Csak negatív jelzővel minősít
1985	37	29	34
1987	23	39	38
1989	30	31	39
1995	21	17	62

<sup>2</sup> A véleménnyel nem rendelkezők aránya mintegy 4—5%/év.

A negatív minősítések aránya részben amiatt növekedett meg, hogy az emberek ma elterjedtebbnek tartják a szociális kedvezmények miatti gyermekvállalást, mint korábban. Míg 1985-ben az összes negatív minősítés 48%-át tette ki ennek a motívumnak az említése, 1995-re az így vélekedők aránya 10 százalékponttal megnövekedett.

A vélemények a válaszadók társadalmi-demográfiai paraméterei mentén kevésbé differenciálódnak. Gyengén, de logikailag értelmezhetően elsősorban az iskolai végzettségtől, az eltartott gyermekek számától függenek, továbbá attól, hogy a válaszolók hová sorolják magukat egy képzeletbeli társadalmi ranglétrán. Az alacsony iskolázottság, a három vagy több eltartott gyermek és



a társadalmi ranglétra legalacsonyabb fokához tartozás érzete azt a véleményt erősíti, hogy sokgyermekes családok nem kizárólag csak a cigány népességben vannak, s hogy e családokat főleg a gyermekszeretet vezérli. Ez azonban az általánosan tapasztalt tendenciához képest csupán néhány százalékpontos, nem szignifikáns erősségű eltérés a pozitív megítélismód irányába. A közvéleményre leginkább jellemző állásfoglalást — az egyre negatívabbá váló megítélismódot — elsősorban a gyermektelen vagy egy-, kétgyermekes, iskolázottabb, és a társadalmi ranglétra középső vagy magasabb fokán álló csoportok képviselik.

A vélemények negatív irányba történő változása nagyon kedvezőtlen folyamat, még akkor is, ha nem feltétlenül az előítéletek növekedésére kell gondolni, csupán a tapasztalatokon alapuló ténymegállapításokra. Az utóbbi időben sok olyan információhoz jutottak az emberek, melyek arról tudósítanak, hogy vannak olyan régiók, esetenként akár egész falvak, amelyek erősen sújtottak a munkanélküliségtől, s ahol a lakosság egyedüli pénzforrása a gyűs és a családi pótlék. S mivel a törvény e juttatásokat a három- (és több) gyermekeseknek alanyi jogon biztosítja, az emberekben joggal támad az a képzet, hogy befizetett adójuk és társadalombiztosításuk jórészt azokra a családokra fordítódik, akiknél a gyermekvállalás a megélhetés forrása. Ez azonban nem szolidaritás-növelő hatással jár, hanem az ellenérzések növekedésével. Elfogadhatóbb megoldás lenne a gyermeknevelés jövedelemadózáson keresztül történő méltányolása. Az alanyi jogon járó családi pótlék visszaállítása kifejezné, hogy a társadalomnak minden megszületett gyermek egyformán fontos, és ennek pozitív üzenete lenne. *A jövedelemadón keresztül történő differenciálás nem stigmatizálná a családok kettőnél több gyermeket vállaló, fogvatkozó csoportját.* Az állampolgárok pedig joggal számíthatnának arra, hogy az áldozatokból mindenki részt vállal, még a jó anyagi körülmények között élő háromgyermekesek is, a társadalmi szolidaritás forintjai pedig valóban a rászorultakhoz jutnak, függetlenül attól, hogy egy-, két-, vagy többgyermekesek támogatásáról van-e szó.

Tárgyszavak:

Közvélemény-kutatás  
Népesedés

## AZ IDŐSKORÚAK ÉLETMÓDJA, ÉLETKÖRÜLMÉNYEI A STATISZTIKAI ADATOK TÜKRÉBEN<sup>1</sup>

CZIBULKA ZOLTÁN

A társadalmi-gazdasági változások hatásai az életmódra, életszínvonalra is jelentős hatást gyakorolnak. E változások a társadalom egyes rétegeiben más és más módon jelentkezhetnek. Ha a változások hatását korosztályonként vizsgáljuk, figyelembe kell venni azt is, hogy a vizsgált korosztály mennyire rugalmas, mennyire tud alkalmazkodni a változások pozitív vagy negatív tényezőihez, mennyire van lehetősége arra, hogy a számára kedvező hatásokat érvényesíteni tudja, illetve hogy a negatív folyamatok ellen védekezzen.

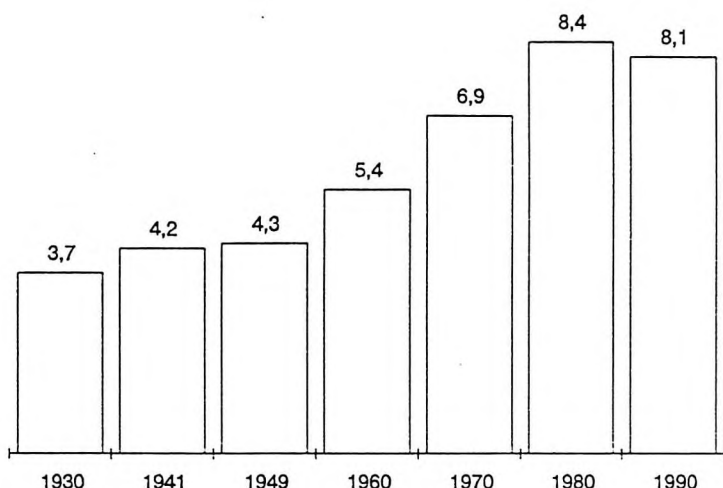
Az évtizedek óta egyre kedvezőtlenebb demográfiai folyamatok eredményeként a népesség előregedésének lehetünk tanúi. A folyamatosan és tartósan romló termékenységi mutatók mellett a halandóság, különösen a középkorú népesség halandóságának romlása erősíti ezt a jelenséget. E folyamat eredményeként 1930 óta a legidősebbek (70 évesek és idősebbek) népességen belüli aránya 3,7 százalékról 1990-re 8,1 százalékra, azaz két és félszeresére emelkedett. E népességcsoport tagjai azok, akik a kedvezőtlen gazdasági folyamatokra legkevésbé tudnak reagálni: aktív életszakaszukon már túl vannak, egészségi állapotuk általában nem engedi meg, hogy folyamatos munkavállalással egészítsék ki jövedelmüket, vagy hogy jelentős életmód-változtatással csökkentsék kiadásait. Az életkor előrehaladtával egyre nőnek az életfenntartással kapcsolatos fajlagos költségeik, amelyet a nyugdíjrendszerbe beépített automatizmus a jövedelmükben nem tud követni, hisz még az inflációs hatásokat sem tudja kiegyenlíteni.

A népesség fogyása Magyarországon 1981 óta állandósult jelenség. 1980 és 1990 között (kevesebb mint háromtized százalékponttal) némileg csökkent ugyan a legidősebbek népességen belüli aránya, ugyanakkor azonban a 70 éves és idősebb népesség majdnem mindegyik ötéves korcsoportjában növekedésnek lehetünk tanúi. A jövőben várhatóan emelkedni fog az időskorúak aránya, ugyanis a mai 80 év körüliek az első világháborús kis létszámú korosztályok tagjai, az azt követő évtizedekben lényegesen többen születtek.

A következő ábra a népszámlálások adatai alapján mutatja be a 70 éves és idősebbek népességen belüli arányát.

<sup>1</sup> Az eredeti tanulmány a Fraternité Rt. megbízásából az Államháztartási Reform Bizottság Jóléti Rendszer Albizottsága számára készült (1995).





*A 70 évesek és idősebbek aránya, 1930–1990*  
*Proportion of those aged 70 and over, 1930–1990*

A legidősebbekről való gondoskodás természetesen elsősorban a családtagok kötelessége. Ugyanakkor azonban az állami, társadalmi és szociális szervezetek közreműködése nélkül az időskorúak jelentős rétegei — akiknek nincs hozzátartozója, vagy a hozzátartozó sincs olyan anyagi helyzetben, hogy felmenőjének segítséget nyújthasson — kerülnének lehetetlen anyagi helyzetbe. Napjainkban a fiatalabb korosztályok is életszínvonaluk stagnálásával, vagy még inkább romlásával kénytelenek együtt élni, és egyre kevesebben vannak, akik rászoruló hozzátartozójukon segíteni tudnak. Mindez indokolja a 70 éves és idősebbek helyzetének minél pontosabb megismerését, feltárását, ennek alapján a szükséges szociális intézkedések megtételét. Különösen indokolt ez akkor, amikor az állam egyre kevésbé tud részt vállalni a szociális gondok kezelésében, amikor a nehéz helyzetben lévők segítésére egyre kevesebb a mozgósítható erőforrás. Az időskorúak helyzetének feltárására több célzott vagy kapcsolódó vizsgálat is volt az elmúlt években, évtizedekben, amelyek a legszükségesebb intézkedések tervezéséhez kiindulási alapul szolgálhatnak.

#### *Az időskorúak helyzetét feltáró statisztikai vizsgálatok*

A Központi Statisztikai Hivatal több évtizedes korosztályos célzott vizsgálatai között az időskorúak helyzetének felmérésére irányuló felvételeknek is nagy múltja van. A legutóbbi tíz-tizenöt évben is több felvétel foglalkozott a legidősebbek helyzetével. Ezek közül az 1984. évi mikrocenzus 2 százalékos

mintanagyságon gyűjtött kiegészítő adatokat — a hagyományos népszámlálási témák mellett — a nyugdíjasokról és a nyugdíjaskorúakról. 1987-ben a Központi Statisztikai Hivatal és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gerontológiai Központja közösen hajtott végre egy komplex egészségügyi vizsgálattal összekötött felvételt. A megfigyeltek a 99 éves és idősebb honfitársaink voltak. Az állami népesség-nyilvántartástól kapott címanyag alapján 218 ilyen korú személyt lehetett összeírni, közülük 123-nál a komplex egészségügyi vizsgálatot is elvégezni. 1990 novemberében az 1920-ban és korábban születettek körében mintegy 2 ezrelékes mintanagyságon hajtottak végre felvételt. A felvételnél alkalmazott kérdőív sok kérdésében megegyezett, vagy jórészt megegyezett az 1984. évi mikrocenzus kérdőívével, így lehetőség van a két felvétel eredményének összehasonlítására. (A legidősebbek, a 99 évesek és idősebbek felvétele anyagának ilyen célú felhasználása nem célszerű, hisz sem a '84-es, sem a '90-es felvétel nem e személyekre irányult.)

Az 1990. évi adatfelvétel felvételi tematikájának — amely tehát mintegy folytatása volt az 1984-es felvételnek — szinte változatlan megismétlésével 1994 őszén egy újabb felvételt hajtott végre a Központi Statisztikai Hivatal. Ez utóbbi felvétel szintén egy népszámlálási típusú felvételhez kapcsolódott, a vizsgált sokaság viszont az 50 éves és idősebbek köréből került ki. Az adatfelvétel eredményei azonban még nem hozzáférhetők. Így ma még nincs lehetőség a 10 év alatti társadalmi-gazdasági folyamatok hatásainak bemutatására. Ennek hiányában az 1984. évi mikrocenzus és az 1990. évi ELAR felvétel adatai összehasonlításával lehet bemutatni a változások hatásait. Az adatok értékelésénél azonban figyelembe kell venni, hogy 1990 novemberében, a felvétel időpontjában a társadalmi-gazdasági változásoknak még csak a kezdetén álltunk, azok hatásai igazából még nem érvényesülhettek.

E tanulmányban az 1984. évi mikrocenzus és az 1990. évi időskorúak adatfelvétele alapján (néhány mutató esetében az utóbbi felvétel helyett a teljes körű népszámlálás adatai alapján) a 70 évesek és idősebbek életmódját, életvitelét befolyásoló néhány jellemző összehasonlítására és az 1990. évi felvétel adatainak értékelésére kerül sor, hangsúlyozva azonban, hogy a "friss" információk is csaknem öt évvel ezelőtti felvételből származnak.

A felvételek eredményeinek összehasonlítását némileg megnehezíti, hogy az 1984. évi mikrocenzus időskorúak adatait bemutató publikációiban a kombinációs táblázatok egy részéből a korcsoportos információk nem állíthatók elő. Ilyen esetben a tanulmány vagy csak az 1990. évi ELAR felvétel adatait mutatja be, vagy — mintegy tájékoztatásul — ismerteti az 1984. évi adatokat is, megjegyezve, hogy az nem a 70 éves és idősebb népességre, hanem a mikrocenzus fogalmai szerinti időskorú népességre (a nyugdíjaskort elért férfiakra és nőkre, valamint a nyugdíjaskornál fiatalabb, kordedvezményes vagy rokkantsági nyugdíjasokra) vonatkozik.

### *A nemenkénti összetétel változása és hatásai*

A népesség egészét korcsoportonként vizsgálva a nemenkénti összetételre jellemző, hogy a fiatal korosztályokban férfitöbbség tapasztalható. A férfiak

rosszabb halandósága, valamint a nők magasabb várható élettartama miatt az életkor előrehaladtával a nemek aránya kiegyenlítődik, majd — 36—37 éves kortól kezdve — fokozatosan és tartósan emelkedik a nőtöbbség. A 70 évesek és idősebbek körében 1000 férfira 1984-ben 1577 nő jutott. Az 1990. évi népszámláláskor az ugyanebben az életkorban lévő 1000 férfira 1756 nő jutott, ami csaknem 200 fős romlást jelent a nemenkénti arányban. Tekintve hogy a férfi-nő arány szoros összefüggésben van az életkorral, ez egyértelműen az idős korosztályokba tartozók korstruktúrája romlásának a következménye.

A nemek arányának romlása — különösen az idős korosztályokban — a családi állapot szerinti összetétel átstrukturálódásával is együtt jár. Az 1984. évi mikrocenzus alapján a 70 évesek és idősebbek túlnyomó többsége, több mint 95 százaléka kötött házasságot élete folyamán. Házassága — első vagy többedik — ekkor 43,6 százaléknak állt fenn, azaz az időskorúak csaknem fele, de a házasságot kötöttek fele 70. életévét betöltve is házas volt. 1990-ben, a népszámlálási adatok alapján ugyanez a következők szerint alakult: a házasságot kötöttek aránya az 1984. évit némileg meghaladta, a házasságban élőké viszont kevesebb, mint 38 százalék volt. (A növekedés egyértelműen az özvegyek arányában jelentkezik: a válás a ma időskorúak körében a fiatalabb életkorban sem volt jellemző, a kétszer vagy többször házasságot kötöttek túlnyomó részénél is az előző házasság megszűnésének oka a házastárs elhalálása volt.)

Mindebből természetesen következik, hogy csökkent a családban élők, különösen a férj, feleség családi állásúak aránya, ami elsősorban a felmenő rokonként vagy egyéb rokonként családdal élők, illetve az egyedül élők számának és arányának növekedésével járt. Az életmód, életvitel szempontjából különös jelentőséggel bír az egyedülállók arányának növekedése: az 1984. évi mikrocenzushoz képest, amikor a 70 évesek és idősebbek 26 százaléka volt egyedülálló, az 1990. évi népszámláláskor az időskorú egyedülállók aránya megközelítette a 31 százalékot. Ha ugyanezt korévenként vizsgáljuk, még kedvezőtlenebb állapotokról alkothatunk képet: az életkor növekedésével együtt nő az egyedülállók aránya, a korévenkénti aránynövekedés mértéke pedig 1990-ben magasabb, mint a mikrocenzus adataiban.

Mit jelent ez napjainkban, ha a tendencia változatlanágát feltételezzük? Az adatokból joggal következtethetünk arra, hogy a legidősebbek körében az egyedülállók aránya ma eléri vagy meghaladja a legidősebbek egyharmadát, azaz valószínűsíthető, hogy ma minden harmadik 70 éves és idősebb személy egyedülállóként él. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy mindegyikük egyedül lakik a lakásában. A családi állás szerinti csoportosítás ugyanis a legkisebb gazdasági egység, a háztartás figyelembevételével történik. Egy lakásban pedig lakhat két vagy több háztartás is. Azonban évtizedek óta a három- vagy többgenerációs lakások arányának csökkenéséről számolnak be a statisztikai adatfelvételek, ennek alapján pedig aligha tételezhető fel, hogy az egyedülálló időskorúak — gazdasági önállóságuk megtartása mellett, azaz önálló háztartásban élve — megosztanák lakásukat más időskorúval vagy fiatalabb személyekkel. Az adatfelvételek eredményei is azt igazolják egyébként, hogy az egyedülállók nemcsak mással nem élnek közös háztartásban, de túlnyomó többségük valóban egyedül lakik a lakásában.

*Az időskorúak és leszármazottaik*

Az időskorúak életben lévő gyermekeik száma szerinti aránya 1984 és 1990 között alig változott. Mivel a két felvétel közötti időszak elég rövid, nem is a változás aránya, inkább az iránya az, ami figyelmet érdemel. Az adatok szerint ugyanis az időskorúak egészét tekintve nemcsak a gyermekkel rendelkezők száma csökkent, hanem a gyermekesek körében a változás a kevesebb gyermekkel bírók növekedését, a sokgyermekesek arányának csökkenését tapasztalhatjuk a két felvétel közötti időszakban. Így csökkent azoknak a leszármazottaknak a száma, akikre az időskorúak problémáik esetén számíthatnak.

Az 1990-ben a 70 éves és idősebbek 14,4 százalékának élete folyamán nem született gyermeke, és 3,4 százalék volt az, aki elvesztette gyermekét. Ez együttesen némileg alacsonyabb, mint az 1984-es felvétel adatai szerint a gyermektelenek aránya (17,9 százalék). Az időskorúak több mint négyötödének (82 százalékának) van élő gyermeke, és ez az arány 1984 és 1990 között alig változott. Ugyanakkor azonban a gyermekesek körében a kevesebb gyermek-számúak aránynövekedése tapasztalható. Az egygyermekesek aránya hat év alatt másfél százalékkal nőtt, a kétgyermekesek körében 3,5 százalékos a növekedés, a három gyermekeseké gyakorlatilag stagnált, az ennél több gyermekeseknél — minden gyermekszám esetében — az arány kisebb-nagyobb, de a gyermekszám növekedésével együttjáró csökkenése tapasztalható. Milyen hatással lehet ez a kedvezőtlen változás az időskorúak életmódjára, életkörülményeire? Természetes és jogos az a feltételezés, hogy az az időskorú van viszonylag legjobb helyzetben, aki a gyermekével egy lakásban, de legalább egy településen él, ugyanis így egészségi, anyagi vagy egyéb problémái esetén talán jobban támaszkodhat a gyermekére, mint az, akinek csak más településen vagy külföldön él a gyermeke.

A időskorúak 36,3 százaléka, a gyermekes időskorúak 44,3 százaléka gyermekével közös lakásban élt 1984-ben. Ezek az arányok hat év alatt a gyermekszám szerinti arányokhoz viszonyítva lényegesen jobban változtak, ugyanis az 1990. évi időskorú felvétel idején az időskorúaknak már csak 30,2 százaléka, a gyermekes időskorúaknak 36,6 százaléka élt egy vagy több gyermekével közös lakásban. A KSH korábbi, szintén az időskorúakat vizsgáló reprezentatív felvételei, illetve az 1990 előtti népszámlálások háztartási és családi adatai ugyanezt a tendenciát jelzik. A gyermekszám, valamint a korábban ismertetett, az időskorúak családi állapot szerinti összetételének változása egyaránt igazolja, hogy az elmúlt évtizedekben csökkent a családban, valamint a családdal élő, ezzel együtt emelkedett az egyedül élő időskorúak aránya, ami nemcsak az elmagányosodással természetesen együttjáró lelki problémákkal küzdő időskorúak számának és arányának növekedését jelenti, hanem — a családi kötelek, közösségek hiánya miatt — a társadalmi, szociális gondoskodás feladatainak szaporodásával is együtt jár.

A gyermekükkel együtt élő időskorúak általában egy gyermekükkel éltek együtt, és elhanyagolható azoknak az aránya, akik két vagy több gyermekükkel laktak egy lakásban. A gyermekükkel együtt lakó időskorúak 26 százaléka

olyan, akinek nincs is több gyermeke. A gyermekükkel együtt lakó időskorúak esetében az együttlakás feltételezhető okai között az idős szülőről való gondoskodás szándéka is valószínűsíthető. Ezek után felmerül a kérdés, hogy vajon a gondoskodás szándéka az elsődleges ok, vagy egyéb tényezők, például a gyermek önálló lakásának hiánya erősebben hatnak? Az egyértelmű válasz megadásához még számos tényezőt meg kellene vizsgálni, de a felvételek adatai (mind az 1984. évi, mind az 1990. évi adatfelvételé) szerint mintha ez utóbbi feltétel hatása erősebb volna. Ugyanis azok közül az időskorúak közül, akiknek egy élő gyermekük van, kevesebb mint 29 százalék lakott gyermekével közös lakásban, míg a többgyermekeseknél az egy vagy több gyermekükkel egy fedél alatt élők aránya elérte a kétötödöt. A gyermekükkel együtt élő többgyermekesek magasabb arányának oka vélhetően egyrészt az, hogy a szülők egyetlen gyermeküknek többet tudnak segíteni az önálló lakás megteremtésében, másrészt hogy a gyermekek egy része — egygyermekes szülő esetében az egyetlen gyermek — családalapítása során házastársához, vagy annak családjához költözött.

Az együttlakást a családi kapcsolatok szerint vizsgálva az állapítható meg, hogy a nem családi közösségben élő időskorúak körében magasabb a gyermekük családjával együttélő időskorúak aránya, mint a családtagként élő időskorúaknál (az előbbieknél alatt a felmenő rokon családi állásúakat, az utóbbiakon pedig a férj, feleség, élettárs, illetve az apa, anya nőtlen, hajadon gyermekkel családi állású személyeket értjük). Erre utal, hogy 1990-ben kevesebb mint egyharmad volt a gyermekükkel egy lakásban élő, házas családi állapotú, viszont kétharmadot meghaladó a volt házas vagy nőtlen, hajadon időskorúak aránya. Az egy lakásban lakók család szerinti összetételében azonban mind 1984-ben, mind 1990-ben érzékelhető különbségek voltak az időskorú családi állapota szerint. A házas — tehát általában házastársukkal együttélő, szűk családi közösséget alkotó — időskorúakkal élt inkább a nőtlen, hajadon családi állapotú gyermek, és némileg alacsonyabb volt az olyan életközösségek aránya, ahol az idős szülők gyermekük családjával éltek együtt. A nem házas és gyermekükkel együtt élő időskorúakra viszont jellemzőbb volt, hogy gyermekük családjával éltek együtt, és viszonylag csekély az egy szülő nőtlen, hajadon gyermekkel típusú családi közösségben élők aránya.

Az időskorúak és leszármazottaik viszonyát, kapcsolatát nemcsak a gyermekeikhez, hanem azok leszármazottaihoz, az unokáikhoz és dédunokáikhoz fűződő kapcsolat is jellemzi. Közismert, hogy az unokák, dédunokák szerepe az időskorúak életében azért fontos, mert segíti őket többek között a külvilággal történő kapcsolattartásban, és az unokák életében sem elhanyagolható jelentőségű a nagyszülők szerepe. A felvételek tapasztalatai szerint gyakori jelenség az is, hogy a szülő, gyermek közötti megromlott kapcsolat esetében, vagy amikor a gyermek már nem él, az idős szülőt támogató, segítő szerepet az unoka, dédunoka veszi át. (A 70 éves és idősebb személyek esetében az unokák többnyire már — tekintettel arra, hogy a gyermekek is már középkorúaknak mondhatók — nem a gyermekkorúak, hanem a fiatalkorúak vagy fiatal felnőttek közé tartoznak.)

1990-ben a 70 éves és idősebb személyek 80,7 százalékának volt unokája. (Ez az arány valamivel kevesebb, mint a gyermekes időskorúak aránya, ami



természetes is, mivel az időskorúak gyermekei közül nem mindegyiknek van saját gyermeke.) Összefüggésben az időskorú nők nagyobb mértékű termékenységeivel e nemzedék szerencsésnek mondhatja magát abban, hogy sok unokája van. Például azon időskorúak körében, akiknek van unokája, közel egyötödüknél az unokák száma hat vagy annál több.

A mikrocenzus adatai szerint az időskorúak (tehát a nyugdíjaskorúak vagy nyugdíjasok) több mint háromnegyedének (75,2 százalékanak) volt unokája. A két felvételtől származó adatot azonban nem lehet összehasonlítani, mivel a mikrocenzus publikált táblázataiból a 70 éves és idősebb személyek unokák szerinti összetételét nem lehet megállapítani. Az 1984-es adat alacsonyabb értéke abból a közismert tényből származik, hogy az életkor előrehaladtával emelkedik az unokák száma, a mikrocenzus időskorú csoportosításában viszont a 70 évesnél fiatalabbak aránya magas: 55 évesnél fiatalabb 6,7 százalékuk, 55–59 éves 18 százalékuk, 60–69 éves 37,8 százalékuk, azaz a vizsgált népesség több mint háromötöde 70 évesnél fiatalabb. Az arányokból következtetve meghatározó különbség nem lehet az unokával rendelkező 70 éves és idősebb személyek arányában a két felvétel között. Az élő gyermekek már vizsgált aránya alapján valószínűsíthető, hogy ahhoz hasonlóan az unokával bíró időskorúak aránya is csökkent 1984 és 1990 között.

Az unokával bíró időskorú nagyszülők 13 százaléka egy unokával, 9 százaléka két vagy több unokával élt együtt, tehát 1990-ben összességében 22 százalék volt az unokával együtt élő időskorúak aránya. Az unokákkal egy településen, de külön lakásban élő időskorúak aránya ennél jóval több, 69 százalék volt, a nem egy településen élő időskorúaké pedig majdnem elérte a 60 százalékot. Az eltérések iránya megegyezett azzal, mint amit a gyermekes időskorúak esetében tapasztaltunk.

### *Kapcsolat a leszármazottakkal*

Önmagában az, hogy az időskorú személynek van-e leszármazottja, még nem határozza meg azt, hogy problémái megoldásában gyermekei, unokái segítségére számíthat-e, azaz nehéz élethelyzetben szűkebb vagy tágabb családja segítségét igénybe veheti-e, vagy csak külső támaszt kereshet. Erre választ akkor kaphatunk, ha a generációk közötti kapcsolatot megvizsgáljuk.

A leszármazottakkal, elsősorban a gyermekekkel, valamint a gyermekek családjával való kapcsolatot mindkét felvétel során kérdezték. A felvételek egyrészt arra keresték a választ, hogy az egy lakásban lakók között milyen a viszony, másrészt hogy a máshol élő leszármazottakkal milyen gyakori a rokoni érintkezés, illetve milyen annak formája. A válaszok értékelésekor azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a természetes emberi törekvést sem, hogy a családi problémákról nem szívesen nyilatkoznak, azt mások előtt inkább elkendőzik. Ez az együtt lakók esetében abból mérhető közvetetten, hogy a konkrét kérdésre és az ezzel összefüggő, a problémát árnyaltan megközelítő kérdésekre néhány esetben egymásnak ellentmondó válaszok születtek: a kapcsolatuk ugyan jó, de egészségi, anyagi vagy egyéb problémánál az időskorú elsősorban nem a vele lakó gyermekére, hanem más személyre,

esetleg intézmény segítségére számít, vagy kapcsolatuk rossz, de mind a háztartási vagy az életvitellel összefüggő egyéb munkákban, mind a betegápolásban, mind az anyagi problémák megoldásában a gyermeke van segítségére.

Az egy lakásban lakók túlnyomó részénél a szülők és a gyermekek között jó kapcsolatra utaló választ adtak, és a válaszok megoszlásában az 1984. évi mikrocenzus és az 1990. évi ELAR felvétel között nincs számottevő különbség. A nem egy lakásban élők esetében a kapcsolattartás gyakorisága a két felvétel közötti időszakban némileg javult, bár lényeges eltérés a két felvétel adatai között ebben az esetben sem tapasztalható. A máshol élő gyermekek idős szüleiket gyakran látogatták az érintettek négyötödénél, és nem érte el a tíz százalékot azoknak az aránya, akikkel gyermekeik csak levélben, telefonon, vagy egyáltalán nem tartják a kapcsolatot.

A szülő-gyermek kapcsolat milyenségére utalhat az anyagi támogatás — akár pénzbeli, akár természetbeni segítségnyújtás — mértéke is. Ez kétirányú lehet az időskorú szülő és gyermekük között. Az időskorú személy gyermekének adott, illetve a gyermekétől kapott támogatás mértéke némileg eltért egymástól.

Az 1990. évi felvétel szerint az időskorú gyermekes szülők 14,4 százaléka rendszeresen, 23,5 százaléka alkalmankénti anyagi támogatást kapott gyermekétől, azaz az időskorú szülők 37,9 százalékát támogatta anyagilag gyermeke. Bár kétségtelen, és ezt a statisztikai felmérések is igazolják, hogy az időskorú személyek jelentős hányada nehéz anyagi helyzetben van, mégis az időskorúak 6,9 százaléka rendszeresen, 26,2 százaléka alkalmanként anyagilag is támogatni tudta gyermekeit. Összességében az anyagi támogatást adó, illetve kapó időskorúak arányában nem volt nagy különbség, eltérés főleg az anyagi támogatás rendszerességében — és feltehetően az anyagi támogatás összegének nagyságában — volt.

A szülő-gyermek kapcsolatban az anyagi támogatás adása, illetve kapása sok esetben átfedik egymást. Az adatok ilyen szempontú áttekintése alapján megállapítható, hogy kb. 60 százalékra tehető azoknak az időskorú személyeknek az aránya, akiknek saját bevallásuk szerint anyagi szempontból nincs kapcsolatuk gyermekeikkel. (Természetesen ezúttal is figyelembe kell venni a kérdésre adott válaszok szubjektív jellegét. Például az időskorú személy büszkeségből vagy szeméremből nem vallja be, hogy gyermekétől anyagi támogatásban részesül.) Még akkor is, ha figyelembe vesszük a kérdésre adott bizonytalan válaszokat, megállapíthatjuk, hogy az időskorúnak többsége anyagilag teljesen magukra hagyatott, és ez is jelzi az állami szociálpolitika jelentős szerepét e réteg életében.

A fiatalabb személyekkel együtt lakó időskorúak voltak a legjobb helyzetben az anyagi támogatás mértékét illetően. Az ebbe a körbe tartozó időskorúak 43,2 százaléka kapott valamilyen anyagi támogatást. A valószínűleg legnehezebb helyzetben levő egyedül élő időskorúak anyagi támogatottsága a rendszeresség tekintetében némileg rosszabb volt. Legkevésbé azokat az időskorúakat támogatták gyermekeik, akik csak más időskorúval — nagyobb részt házastársukkal — éltek együtt. A gyermektől kapott anyagi támogatás tehát akkor a legkevésbé rendszeres, ha mindkét szülő él. Ebben nyilvánvalóan közrejátszik az is, hogy az időskorú házaspárok a "fiatalabb" időskorúak közé tartoznak,

valamivel jobb anyagi helyzetben lehetnek, ami abból adódik, hogy élet- és háztartásviteli költségeik megoszlanak. Lakásuk fenntartási költsége és az egyéb háztartási kiadásuk is fajlagosan olcsóbb, mint az egyedül élőknek.

A gyermekeknek adott anyagi támogatás szintén a gyermekükkel együtt élő időskorúaknál volt a legmagasabb. Valószínűleg mind az adott, mind a kapott támogatás esetében a válaszokat jelentősen befolyásolta az időskorúnak a lakás fenntartásával, a közös háztartás vitelével kapcsolatos költségek viselésének aránya is. A két- vagy többgenerációs lakásban, ezen belül is a gyermekükkel együtt élő időskorúak anyagi helyzetét tekinthetjük a legkiegyensúlyozottabbnak.

Nehéz élethelyzetben az unokák segítségére érhető módon kevesebb időskorú számít, mint a gyermekekére. Például az unokával bíró időskorúak 32,4 százaléka jelezte azt, hogy — betegség bekövetkeztekor — számít unokája segítségére, a gyermekek esetében ez a mutató 81,8 százalék volt. Az is természetes — hiszen az unokák többnyire az eltartottak, vagy a családot alapító fiatalok közé tartoztak —, hogy legkevesbé a nehéz anyagi helyzet esetén számíthattak rájuk az időskorúak. (Az arány 22,6 százalék volt.)

Az unokák esetében is igaz az, hogy segítségre inkább a vele együtt élők esetében számít az időskorú. Betegség esetén az időskorúakkal együtt lakó unokákra e körbe tartozó időskorúak 57,5 százaléka számíthatott. (A nem egy lakásban lakó, de azonos településen élő unokák esetében ez a mutató 31,5 százalék volt. A más településen élő unokák esetében az arány hasonló volt.)

A nagyszülők és unokák lazább kapcsolatát már az is jelzi, hogy a segítségre számítás mértéke már kevésbé függ az unokák számától — és mint fentebb láttuk — az azonos vagy más településen élés tényétől.

A vizsgált személyek magas életkorából következik, hogy körükben viszonylag jelentős (40,1 százalék) volt azoknak az időskorúaknak az aránya, akiknek van dédunokájuk is. Ez elsősorban az átlagos élettartam növekedésével függ össze, ugyanis bár az egymást követő generációk termékenysége romlik, mégis egyre többen érik el azt a magas életkort, amikor már a negyedik generációval is találkozhatnak. Az időskorúak és dédunokáik kapcsolatáról viszonylag kevés az információ. A nehéz élethelyzetben történő segítség szempontjából a dédunokák szerepe elhanyagolható: többségük még gyermekkorú, a segítség inkább az előtűk lévő két generációra (nagyszüleikre, azaz időskorú gyermekeire, vagy szüleikre, vagyis az időskorú unokáira) hárul.

### *Az időskorú és testvérei*

A családi kapcsolatokat illetően végezetül célszerű megvizsgálni az időskorúnak testvéreihez fűződő kapcsolatát. Az időskorú személyek többsége — a születésükori csalásideálnak és termékenységi szokásoknak megfelelően — többgyermekes családból származik (88,9 százalék). Jelentős azoknak az aránya, akiknek sok testvére volt, akik közül jó néhányan még ma is életben vannak. Például négy és több testvére volt az élő testvérrel bíró időskorúak 16 százalékanak. Az 1990. évi adatfelvételben 63,5 százalék volt azoknak az időskorúaknak az aránya, akiknek még van élő testvére. Az élő testvérrel bíró



időskorúak kb. 10 százaléka nyilatkozott úgy, hogy nehéz élethelyzetben testvére segítségre számíthat. A testvérek száma természetesen befolyásolta a kapott értékeket: akinek több testvére volt, az inkább számíthatott arra, hogy nehéz élethelyzet esetén testvérei segíteni fognak.

Az időskorúak és testvéreik közötti támogatás azonban inkább természetbeni, szolgáltatási, betegápolási jellegű, az anyagi támogatás szempontjából lényegében nincs kapcsolat közöttük: a felvétel szerint az időskorúak között elhanyagolható mértékű volt azoknak az aránya, akik rendszeresen vagy alkalmanként kaptak testvéreiktől anyagi támogatást, illetve akik testvéreiket anyagilag támogatták.

### *Az időskorúak egészségi állapota*

A segítség, támogatás iránti igény az egészség romlásával párhuzamosan felerősödik. A természetes elhasználódás következtében a magasabb életkor szükségesszerű velejárója a fizikai és szellemi teljesítőképesség romlása, valamint bizonyos betegségek kialakulása. A felvételek arra is keresték a választ, hogy az időskorúak hogyan élik meg fizikai és szellemi teljesítőképességük változását, miként ítélik meg saját teljesítőképességüket, valamint hogy melyek azok a tartós betegségek, állapotok, amelyek az időskorú személyeket leginkább sújtják. Az első esetben a szubjektív, a második esetben az objektív egészségi jellemzőkről beszélünk.

A szubjektív egészségi jellemzők esetében a felvételek során azt kérték az időskorútól, hogy kortársaihoz viszonyítva értékelje saját egészségi állapotát. Mint az várható volt, a férfiak (büszkeségből, hiúságból, a nemek szerepének tradicionális értelmezéséből vagy egyéb okból fakadóan) lényegesen egészségesebbnek vélték magukat, mint a nők, és ebben mind a mikrocenzus, mind az 1990. évi felvétel megegyezett. A férfiak rosszabb morbiditási és mortalitási mutatója tehát nincs hatással az egészségi állapot szubjektív megítélésére.

Az időskorúak közel négy százaléka nyilatkozott úgy 1984-ben, hogy egészségi állapota az átlagosnál jobb. Az átlagosnak megfelelő és az átlagosnál rosszabb egészségi állapotúak aránya — minimális különbséggel — gyakorlatilag megegyezett, 48,2 és 48,1 százalék volt. Az, hogy az átlagosnál jobb és az átlagosnál rosszabb egészségi állapotúak között ilyen jelentős a különbség, arra utal, hogy az időskorúak általában nehezen fogadják el az életkorral járó fizikai és szellemi teljesítményromlást, emiatt rosszul ítélik meg a koruknak megfelelő átlagos egészségi állapotot. Ha ebből az aspektusból vizsgáljuk a két nem különbségeit, a férfiak véleménye kiegyenlítettebbnek tűnik: 5 százalékuk vélte úgy, hogy egészségi állapota az életkorának megfelelő átlagostól jobb, és 43 százalék úgy, hogy annál rosszabb. A nők pesszimistábbak. A saját egészségi állapotukat átlagosnál jobbnak vélő nők aránya nem éri el a három százalékot, viszont az átlagosnál rosszabbnak gondolja azt 51,3 százalékuk.

Az egészségi állapot szubjektív megítélése 1990-ben sokkal realitásabb. Az időskorúak 11 százaléka vélte egészségi állapotát, fizikai teljesítőképességét az életkorának megfelelő átlagosnál jobbnak, és 35 százaléknál kevesebben annál rosszabbnak. A nemenkénti különbségek ugyanolyan irányúak, mint az 1984-es

felvételnél, de mind a férfiak, mind a nők esetében arányaiban körülbelül háromszor, három és félszer annyian vélik egészségi állapotukat átlagosnál jobbnak, mint 1984-ben (14,2 százalék a férfiak, 9,2 százalék a nők körében), az egészségi állapotukat az átlagosnál rosszabbnak ítélok aránya pedig különösen a nőknél csökkent. Míg 1984-ben a 70 éves és idősebb nők több mint fele, 1990-ben csak 36,3 százaléka vélekedett úgy, hogy egészségi állapota rosszabb, mint ami az ő életkorában várható volna, azaz az eltérés a két felvétel között 18 százalékpont. A férfiaknál a javulás mindössze 11 százalékpont, a mikrocenzusnál tapasztalt 43 százalékkal szemben 31,9 százalék. Hat év alatt tehát mindkét nem esetében, és összességében is lényegesen változott az életkornak megfelelő átlag megítélése, az időskorúak az 1990-es felvételkor általában jobbnak vélik egészségi állapotukat, mint az előző felvétel során.

Az egészségi állapotra vonatkozó szubjektív válaszoktól függetlenül a felvételek tartalmaztak olyan kérdéseket is, amelyek tényszerűségükkel bizonyíthatták vagy cáfolhatták az egészségi állapot szubjektív megítélésének realitását. Az egészségi állapot objektív felmérése a tartós betegségek adatai alapján történt. A felvételek során azt tekintették tartós betegségben szenvedőnek, akinél a betegség, kóros állapot legalább három hónapnál régebben kezdődött. A tartós betegség fogalma nem tartalmazza a tartós egészségkárosodásokat (fogyatékosságokat), panaszokat, és a heveny (rövid, gyors lefolyású) betegségeket. Három tartós betegség adatainak bejegyzésére volt lehetőség, háromnál több esetén az összeírt által három legsúlyosabbnak ítéltet kellett bejegyezni.

A felvétel során a betegségeket lehetőség szerint kórházi zárójelentésből vagy más egészségügyi dokumentumokból kellett megállapítani, amennyiben ilyen nem állt rendelkezésre, vagy a betekintéstől elzárkóztak, az időskorú vagy hozzátartozói tájékoztatása alapján kellett kitölteni a kérdőívet. Az adatok értékelésekor erre figyelemmel kell lenni: a válaszok bizonyos torzítást tartalmazhatnak, eltérhetnek a hivatalos egészségügyi statisztikai adatoktól. Előfordulhat, hogy néhány betegségfajtáról, pl. a daganatos betegségekről vagy az elmeállapottal összefüggő betegségekről az időskorú személyek, illetve hozzátartozóik nem tudtak, vagy nem kívántak beszélni, és néhány konkrét betegségfajtát pontatlanul definiáltak. A betegségi főcsoportok ugyanakkor jól tükrözik a valós helyzetet, mivel ezen a csoportosítási szinten a betegek túlnyomórészt jól sorolták be betegségüket. A betegségi főcsoportok megoszlásai általában hasonlóak a KSH egyéb, közel azonos módszerrel felvett egészségi állapot felvételeihez (pl. Egészségi állapot, 1986).

A felvételek tapasztalataihoz tartozik, és az adatok értékelhetőségét igazolja, hogy a válaszolók többsége általában nem zárkózik el attól, hogy egészségi állapotáról, betegségéről beszéljen, és sokan vannak, akik elég jól ismerik betegségük diagnózisát.

*Tartós betegségek*

A tartós betegségeket a mikrocenzus során a 6 éves és idősebb népességtől kérdezték. A 6 évesek és idősebbek körében összességében a népesség 22 százaléka válaszolt úgy, hogy huzamosabb ideje szenved egy vagy több betegségben. Az időskorúak körében ez az arány természetesen jóval magasabb. A 70 évesek és idősebbek közül több mint minden második (52,5 százalék) szenved valamilyen tartós betegségben. A nők körében az arány meghaladja az 55 százalékot, a férfiaknál kevesebb mint 48 százalék a betegek aránya. A nemek közötti különbséget — túl azon, hogy a férfiak, mint a szubjektív egészségi állapot megítélésénél láttuk, egészségesebbeknek tartják magukat — a két nem eltérő korstruktúrája is okozza: a nők között arányaiban többen vannak a magasabb életkorokba tartozók, a tartós betegségek és az életkor között pedig szoros a kapcsolat.

A férfiak között nemcsak kevesebben vannak, akik tartós betegségben szenvednek, hanem a betegségben szenvedők is kevesebb betegséget jelöltek meg, mint a nők. A betegségben szenvedő férfiak csaknem háromnegyede (73,1 százalékuk) egy betegségben szenved, és csak 4,4 százalékuk nyilatkozott három vagy több tartós betegségről; a beteg nők körében viszont az egy betegségben szenvedők aránya csak 68,3 százalék, és mind a két (24,0 százalék), mind a három vagy több betegségben szenvedők aránya (7,6 százalék) meghaladja a beteg férfiak körében tapasztaltat.

Az 1990. évi felvételnél az összeírt 70 éves és idősebb személyek körében többen és több betegségről adtak számot, mint 1984-ben. A tartós betegségben szenvedők aránya ekkor ugyanis megközelítette a 60 százalékot (59,3). Ugyanakkor a betegségben szenvedők között is emelkedett mind a két, mind a három betegségben szenvedők aránya, az egy betegségben szenvedők rovására. Az egy betegségben szenvedők aránya a két felvétel között csaknem 9 százalékponttal csökkent, amelyből 4 százalékpont a két, 5 százalékpont pedig a 3 vagy több betegségben szenvedők aránynövekedésében jelentkezik. Nemenként nagyjából ugyanez a változás aránya, tehát a nemenkénti arányeltérés megmaradt, csak a betegségek száma szerinti struktúra változott.

Betegségi főcsoport szerint értékelve a tartós betegségek megoszlását a keringési rendszer betegségei állnak az első helyen. Ez egyébként nemcsak az időskorúak, hanem a mikrocenzus 6 éves és idősebb népességére vonatkozóan, illetve más források szerint is jellemző hazánk népességére. A mikrocenzus során összeírt, tartós betegségben szenvedő 70 éves és idősebb személyek 47,9 százalékanak e főcsoportba tartozott a betegsége. Ezt követte a csontváz-, izomrendszer és a kötőszövet betegségei főcsoport, ide tartozott a tartós betegségek 14,7 százaléka. A két legnagyobb betegségi főcsoport közül a keringési rendszer betegségei nemtől függetlenek, azaz mind a férfiaknál, mind a nőknél nagyjából egyforma százaléktéket képviselnek a betegségek között: 46,5, illetve 48,6 százalékot. A csontváz-, izomrendszer és a kötőszövet betegségeiben a nők nagyobb arányban betegedtek meg, ugyanis a férfiak betegségei között csak 11,6, míg a nőknél 16,3 százalék az ilyen tartós betegségek aránya. A légzőrendszer betegségei mutatják a legnagyobb nemenkénti különbséget: a férfiak betegségeinek 11 százaléka tartozott e

főcsoportba, míg a nőknél az ilyen betegségek aránya mindössze 0,4 százalék volt. Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek, az immunrendszer zavarai betegségi főcsoport — amelyben a leggyakoribb betegség a cukorbetegség — körében szintén jelentős a nemek közötti különbség. A férfiak betegségei között 5,8 százalékot tesz ki ez a betegségi főcsoport, a nőknél viszont nem éri el az 1 százalékot (0,9 százalék).

A betegségek rangsora hat év alatt lényegében nem változott, 1990-ben is a keringési rendszer betegségei főcsoportba tartozó betegségek közé tartozik a legtöbb, a csontváz-, izomrendszer és a kötőszövet betegségei főcsoportba pedig a második legtöbb betegség. A keringési rendszer betegségei főcsoport súlya hat év alatt tovább emelkedett: ide tartozott minden második betegség (a betegségek 49,2 százaléka). A nemek közötti "egyenjóság" tovább nőtt, a férfiak betegségei közül 49,2, a nőkéi közül pedig 49,3 százalék tartozott a főcsoportba. A csontváz-, izomrendszer és a kötőszövet betegségei főcsoport súlya sem összességében, sem nemenként nem változott. Az 1984-ben nagy nemenkénti különbséget mutató légzőrendszer betegségei főcsoportba tartozó betegségek aránya emelkedett, nemek közötti különbség azonban 1990-ben számottevően csökkent: a tartós betegségek 5,1 százaléka, a férfiakénak 8,7 százaléka, a nőkének pedig 3,4 százaléka tartozott a főcsoportba. Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek, az immunrendszer zavarai főcsoport betegségeiben viszont 1984-gyel szemben 1990-ben inkább a nők szenvedtek. A nők körében az ilyen betegségek aránya 10,3 százalék, a férfiaknál pedig csak 6,2 százalék a betegségek közötti arány, ami egyúttal azzal is jár, hogy a betegségek rangsorában előbbre sorolódik: 1984-ben a 2,6 százalékos aránnyal a főcsoportok között a 8. helyen állt, 1990-ben viszont a 9,0 százalékos aránnyal a 3. helyre került.

### *A betegségek ellátása*

Az időskorúakról való gondoskodás egyik legfontosabb területe a betegápolás, a betegségben szenvedők kezelése. A felvételek során a tartós betegségekben szenvedők arra is válaszoltak, hogy betegségükkel kapcsolatban milyen ellátásra van szükség. Az 1984. évi adatok értékelésére sajnos e témában nincs lehetőség a korcsoportos adatok hiánya miatt, ezért csak az 1990. évi felvétel eredményeit mutatjuk be. A tartós betegségek miatt járóbeteg-ellátásban részesült csaknem minden második beteg. A betegségek 27,3 százaléka esetében rendszeres orvosi ellenőrzést, 20,9 százalékában pedig rendszeres orvosi kezelést vettek igénybe. A betegségek 38,6 százaléka esetében a kezelést gyógyszeresedés jelentette. Kórházi kezelést a betegségek 5 százaléka miatt vettek igénybe, míg a betegségek 5,4 százalékánál semmilyen kezelést nem vesznek igénybe, 2,3 százalék esetében pedig a betegségben szenvedő véleménye szerint a betegsége nem igényel ellátást. Ez utóbbi csoportban viszonylag magas értéket képviselnek a veszélyes rendellenességek, ami érthető is, hiszen hosszú élete során a betegségben szenvedő annyira megtanult együtt élni betegségével, hogy az egészségesektől eltérő életmódját már nem is tekinti kezelésnek. Meglepő viszont, hogy a daganatos betegségben

szenvedők körében is viszonylag magas (6,5 százalék) azoknak az aránya, akik úgy vélik, hogy betegségük semmilyen ellátást nem igényel.

A betegségek ellátásával kapcsolatban a nemek között lényeges különbségek nem tapasztalhatók. Említést érdemel, hogy a férfiak körében magasabb arányban vannak azok a betegségek, amelyek ismételt kórházi ellátást igényelnek (a betegségek 6,9 százaléka, a nőknél ugyanez csak 4,1 százalék). A másik szélsőséges vélemény, hogy a betegség miatt nem vesz igénybe ellátást, illetve hogy nincs szüksége ellátásra, szintén a férfiak körében képviseli magasabb értéket: 3,0 százalékuknak véleménye szerint a betegség miatt nem szorul ellátásra, további 6,0 százalékuk pedig nem vesz igénybe semmilyen ellátást. A nőknél ugyanezek az értékek sorrendben 2,0 illetve 5,1 százalék. A daganatos betegségek esetében — legalábbis e felvétel tanúsága szerint, amelyben viszont lényegesen kevesebben vallottak be daganatos betegséget, mint amennyi a morbiditási statisztika alapján várható lett volna — a nők azok, akik betegségüket úgy ítélik meg, hogy azzal kapcsolatban ellátásra nincs szükség. Az ilyen betegségben szenvedők 8,0 százalékának az a véleménye, hogy betegsége miatt nincs szüksége ellátásra, további 4,0 százalék pedig nem vesz igénybe semmilyen egészségügyi ellátást a betegség gyógyítása céljából.

### *Fizikai aktivitás*

A 70 évesek és idősebbek fizikai aktivitását a két felvétel eltérő módszerrel vizsgálta. Az 1984. évi mikrocenzus során arra terjedt ki a vizsgálat, hogy az időskorú személy el tudja-e hagyni lakását, tud-e lépcsőn járni, illetve hogy a lakásán belül hogyan tud mozogni. Az 1990. évi adatfelvétel során azt kérdezték, hogy bizonyos hétköznapi, a mindennapi életvitelhez tartozó tevékenységek elvégzése okoz-e az időskorú számára problémát. E tevékenységek között a lakáson belüli járkálással és a lakásból való eltávozással kapcsolatos kérdésekre is kellett válaszolni, így a két felvétel anyaga részben összehasonlítható.

A lakását egyedül el szokta hagyni az 1984. évi mikrocenzus adatai szerint a 70 éves és idősebb népesség csaknem négyötöde (78,3 százalék). Ez a kategória nagyjából megfelel az 1990. évi felvétel szerint azoknak az időskorúaknak, akik számára a lakás elhagyása nem okoz problémát (58,6 százalék), valamint akik számára a lakás elhagyása kis nehézséggel jár (19,9 százalék). A két felvétel adata tehát ezen a téren körülbelül azonos. A következő összehasonlítható kategóriába azok tartoznak, akik az 1984. évi felvétel szerint csak kísérettel tudják elhagyni lakásukat, ami az 1990. évi felvételben azoknak felel meg, akik számára a lakás elhagyása sok nehézséget okoz. Az e csoportba tartozók arányában sincs számottevő különbség, az így válaszolók aránya 11,6, illetve 11,8 százalék. Ennek megfelelően azok arányaiban sincs lényeges eltérés, akik lakásukat soha nem szokták elhagyni. Az 1990. évi felvétel azonban ezt a kategóriát ismét két csoportra bontotta, mégpedig akik egészségi okból (6,3 százalék), és akik erőnlét hiánya miatt (3,4 százalék) nem tudják lakásukat elhagyni.



A lépcsőn járást csak a mikrocenzus során kérdezték. Akkor az időskorúak csaknem fele (47,5 százaléka) úgy nyilatkozott, hogy jól tud lépcsőn járni, 35,0 százalékuk pedig úgy, hogy a lépcsőn nehezen, de segítség nélkül tud menni. 7,7 százalékuk csak kísérettel, közel egytizedük pedig egyáltalán nem tud lépcsőn járni.

Lakásában az időskorúak 72,6 százaléka minden probléma nélkül tudott járkálni 1984-ben. Ennél némileg kedvezőbb az 1990. évi felvétel adata: akkor 77,3 százalékuk számára nem okozott ez problémát. A bútorokba kapaszkodva, illetve bot segítségével közlekedett a lakásában az 1984. évi időskorúak 10,2, illetve 11,5 százaléka. Ez megegyezik az 1990. évi adatfelvételnél azon kategóriájával, amely szerint a lakáson belüli közlekedés az időskorú számára kis nehézséget okoz (15,9 százalék). Személyi segítségre szorult 1984-ben a lakáson belüli helyváltoztatáshoz 1,7 százalékuk, ami az 1990-es felvétel sok nehézséget okoz kategóriájával egyezik meg (4,9 százalék). Végül azoknak az aránya, akik lakáson belül nem tudnak közlekedni, a két felvételnél közel azonos.

A hétköznapi tevékenységek között azok okoznak legtöbb problémát, amelyek a lakás elhagyásával járnak együtt: a bevásárlás (a megkérdezettek 48,8 százalékának okoz kisebb, nagyobb vagy megoldhatatlan problémát), valamint az ügyintézés (ezt viszont csak 46,7 százalékuk tudja probléma nélkül megoldani). A háztartási munkák — a főzés kivételével — közül a könnyebbeket 58,5 százalékuk minden nehézség nélkül, 24,3 százalékuk kis nehézséggel tudta elvégezni, a nehéz munkák pedig 34,5 százalékuknak nem okozott nehézséget, 24,0 százalékuknak pedig kis nehézséget okozott.

### *Összefoglalás*

A két adatfelvétel eredményei bemutatásával az volt a tanulmány célja, hogy segítségükkel világítson rá azokra a területekre, amelyekre fokozott figyelmet kellene fordítani az időskorúakat, valamint az időskorúakkal élő családokat, háztartásokat érintő intézkedések meghozásakor. Az adatfelvételek olyan jelenségeket, körülményeket is bemutatnak, amelyek anyagi eszközökkel nem orvosolhatók, amelyek a családok, a szűkebb és tágabb közösségek, vagy a társadalom egészének megértő viselkedésével válhatnak könnyebben elviselhetővé az ilyen helyzetben lévő időskorúak számára. A probléma teljes mélységű felmérését a felvételek sem célozták, így a tanulmány sem törekedett annak bemutatására. A bevalláson alapuló adatfelvételek sajátosságainak megfelelően a felhasznált adatok számos esetben az összeírtak szubjektív mérlegeléséből származó torzításokat tartalmazhatnak, amelyre az adatok értékelésekor igyekeztünk rávilágítani, de amelyek valószínűsíthetően nem kérdőjelezzik meg az adatok használhatóságát. A két felvétel alapján készült tanulmány főbb megállapításai a következőkben foglalhatók össze:

- 1930 óta a 70 évesek és idősebbek népességen belüli aránya 3,7 százalékról 1990-re 8,1 százalékra félszeresére emelkedett.

- A 70 évesek és idősebbek körében 1000 férfira 1984-ben 1577 nő jutott. Az 1990. évi népszámláláskor az ugyanebben az életkorban lévő 1000 férfira 1756 nő jutott.
- Az 1984. évi mikrocenzus alapján a 70 évesek és idősebbek több mint 95 százaléka kötött házasságot élete folyamán. Házassága 43,6 százaléknak állt fenn. Az 1990. évi népszámlálási adatok alapján a házasságban élőké kevesebb, mint 38 százalék volt.
- Hat év alatt csökkent a családban élők, különösen a férj, feleség családi állásúak aránya, ami elsősorban a felmenő rokonként vagy egyéb rokonként családdal élők, illetve az egyedül élők számának és arányának növekedésével járt. Az 1984. évi mikrocenzushoz képest, amikor a 70 évesek és idősebbek 26 százaléka volt egyedülálló, az 1990. évi népszámláláskor az időskorú egyedülállók aránya megközelítette a 31 százalékot.
- Csökkent a gyermekkel rendelkezők száma, továbbá a gyermekesek körében a sokgyermekesek aránya, ugyanakkor növekedett a kevesebb gyermekkel bíróké. Így csökkent azoknak a leszármazottaknak a száma, akikre az időskorúak problémáik esetén számíthatnak.
- A időskorúak 36,3 százaléka, a gyermekes időskorúak 44,3 százaléka élt közös lakásban gyermekével. Az 1990. évi időskorú felvétel idején az időskorúaknak már csak 30,2 százaléka, a gyermekes időskorúaknak 36,6 százaléka élt egy vagy több gyermekével közös lakásban.
- A nem családi közösségben élő időskorúak körében magasabb a gyermekük családjával együttélő időskorúak aránya, mint a családtagként élő időskorúaknál.
- A gyermekükkel együtt élő időskorúak általában egy gyermekükkel éltek együtt. A gyermekükkel együtt lakó időskorúak 26 százalékanak nincs is több gyermeke. Az egygyermekes időskorúak kevesebb mint 29 százaléka lakott gyermekével közös lakásban, a többgyermekeseknél ez az arány elérte a kétötödöt.
- Az egy lakásban lakók túlnyomó részénél a szülők és a gyermekek között jó a kapcsolat. A nem egy lakásban élők esetében a kapcsolattartás gyakorisága némileg javult. A máshol élő gyermekek idős szüleiket gyakran látogatták az érintettek négyötödénél, és nem érte el a tíz százalékot azoknak az aránya, akikkel gyermekeik csak levélben, telefonon, vagy egyáltalán nem tartják a kapcsolatot.
- Az időskorú szülők 37,9 százalékát támogatta anyagilag gyermeke. Ugyanakkor az időskorúak 33,1 százaléka adott rendszeres vagy esetenkénti anyagi támogatást gyermekének. A gyermekektől kapott, valamint a gyermekeknek adott anyagi támogatás a gyermekükkel együtt élő időskorúaknál volt a legmagasabb.
- Az időskorúak és testvéreik között anyagi támogatás szempontjából lényegében nincs kapcsolat.
- A férfiak lényegesen egészségesebbnek vélték magukat, mint a nők. A férfiak rosszabb morbiditási és mortalitási mutatója nincs hatással az egészségi állapot szubjektív megítélésére.

- 1990-ben az időskorúak 11 százaléka vélte egészségi állapotát, fizikai teljesítőképességét az életkorának megfelelő átlagosnál jobbnak, és 35 százaléknál kevesebben annál rosszabbnak. Hat év alatt tehát mindkét nem esetében, és összességében is lényegesen változott az életkornak megfelelő átlag megítélése, az 1990-es felvételekor általában jobbnak vélik egészségi állapotukat az időskorúak, mint az előző felvétel során.
- A 70 évesek és idősebbek közül 1984-ben 52,5 százalék szenvedett valamilyen tartós betegségben. A nők körében az arány meghaladta az 55 százalékot, a férfiaknál kevesebb mint 48 százalék volt a betegek aránya. A férfiak között nemcsak kevesebben voltak, akik tartós betegségben szenvedtek, hanem a betegségben szenvedők is kevesebb betegséget jelöltek meg, mint a nők. Az 1990. évi felvételnél az összeírt 70 éves és idősebb személyek körében többen és több betegségről adtak számot, mint 1984-ben. A tartós betegségben szenvedők aránya ekkor ugyanis 59,3 százalék volt.
- A tartós betegségek közül a keringési rendszer betegségei állnak az első helyen. Ezt követték a csontváz-, izomrendszer és a kötőszövet betegségei főcsoportba tartozó betegségek.
- Az 1990. évi adatok alapján a tartós betegségek miatt járóbeteg-ellátásban részesült a betegek 48,2 százaléka. A betegségek 38,6 százalékát otthoni gyógyszereléssel kezelték. Kórházi kezelést a betegségek 5 százaléka miatt vettek igénybe, míg a betegségek 5,4 százalékánál semmilyen kezelést nem vesznek igénybe, 2,3 százalék esetében pedig a betegségben szenvedő véleménye szerint a betegsége nem igényel ellátást.
- A lakáson kívüli közlekedés 1984-ben az időskorúak 78,3 százalékának, 1990-ben pedig 78,5 százalékának nem okozott különösebb problémát. Egyedül képtelen volt elhagyni a lakását 1984-ben az időskorúak 11,6. 1990-ben 9,7 százaléka. A lakásában az időskorúak 72,6 százaléka minden probléma nélkül tudott járni 1984-ben. Ennél némileg kedvezőbb az 1990. évi felvétel adata: akkor 77,3 százalékuk számára nem okozott ez problémát. Személyi segítségre szorult 1984-ben a lakáson belüli helyváltoztatáshoz 1,7 százalékuk, 1990-ben a hasonló mozgásképességűek aránya 4,9 százalék.
- A hétköznapi tevékenységek közül a bevásárlás és az ügyintézés azok, amelyekben az időskorúak leginkább segítségre szorulnak.

## IRODALOM

1984. évi mikrocenzus kiadványai

Az 1984. évi mikrocenzus adatai (Központi Statisztikai Hivatal, 1985).

Az időskorúak helyzetének összefoglaló ismertetése (Központi Statisztikai Hivatal, 1986).

Az időskorúak helyzete (Központi Statisztikai Hivatal, 1986).



- A legidősebb korúak 1987-ben végrehajtott vizsgálatának kiadványai
  - A legidősebb korúak fontosabb demográfiai és életviteli jellemzői (Központi Statisztikai Hivatal, 1988).
  - A legidősebb korúak körülményeinek összefoglaló ismertetése (Központi Statisztikai Hivatal, 1988).
- 1990. évi népszámlálás: 3. Összefoglaló adatok (Központi Statisztikai Hivatal, 1992).
- Az 1920-ban és korábban születettek vizsgálatának kiadványai
  - Az időskorúak egészségi állapota (Központi Statisztikai Hivatal, 1994).
  - Az időskorúak életmódja, életkörülményei (Központi Statisztikai Hivatal, 1995).

Tárgyszavak:

Életkörülmények  
Életmód

WAY OF LIFE AND LIVING CONDITIONS OF THE ELDERLY  
AS MIRRORED BY THE STATISTICAL DATA

# **AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ HÁLÓZAT KAPACITÁSAI ÉS SZOLGÁLTATÁSAI, VALAMINT EZEK IGÉNYBEVÉTELE AZ 1990-ES ÉVEKBEN<sup>1</sup>**

**GÁRDOS ÉVA**

## *I. Bevezető*

Az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátó hálózat fejlesztése elsősorban mennyiségi vonatkozásban történt, mivel elsődleges szempont volt az egészségügyi ellátás minden lakos számára egyformán biztosított hozzáférhetősége. Ez már önmagában is azt az igényt támasztotta az egészségügyi infrastruktúrával szemben, hogy kapacitása növekedjék. További felhajtóerőként jelent meg az ellátás állampolgári jogon történő igénybevétele, valamint annak "de jure" ingyenessége. Mindehhez járult még egy kórházközpontú szemlélet is. Következésképpen a kórházi ágyak és a dolgozó orvosok száma és a népességhez viszonyított aránya folyamatosan és dinamikusan emelkedett, de növekedett a szakrendeléseken teljesített orvosi munkaórák száma is.

A 80-as évek végétől felmerült az egészségügy reformjának igénye, hiszen nyilvánvalóvá vált, hogy a növekvő volumen mellett nemhogy nem javult, sőt romlott a lakosság egészségi állapota, emelkedett a halandóság szintje, s ezzel összefüggésben csökkent a férfiak születéskor várható átlagos élettartama. Másrészt viszont az ország gazdasági ereje sem képes az alacsony határfokú egészségügyi ellátó hálózat finanszírozására.

A tervezett új egészségügyi struktúra kialakításának legfontosabb alapelvei között szerepel az alap- és járóbeteg szakellátás szerepének erősítése, a hospitalizáció mértékének csökkentése és a kapacitások optimalizálása és egyenletes területi elosztása.

Az alábbiakban — a már ismertetett szempontokat figyelembe véve — a Központi Statisztikai Hivatal és a Népjóléti Minisztérium adatai alapján mutatjuk be az egészségügyi ellátó hálózat kapacitásának és igénybevételének alakulását 1970 és 1993 között.

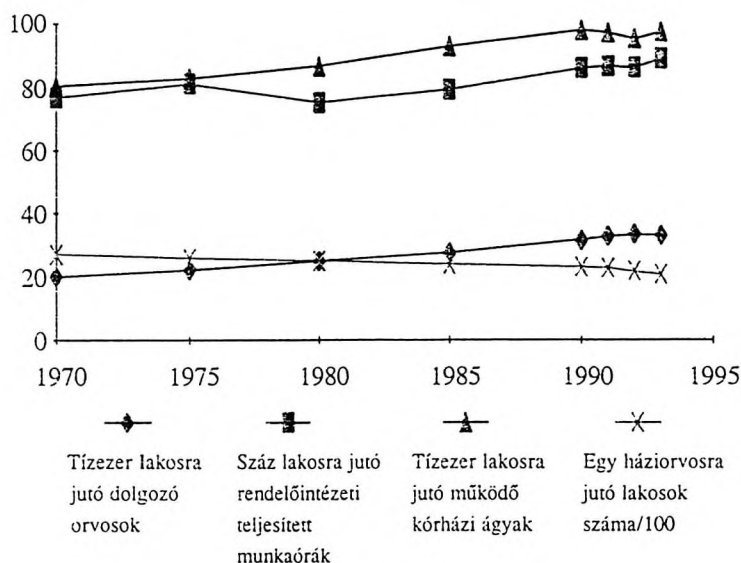
## *II. Az egészségügyi ellátó hálózat kapacitásának alakulása*

### *II.1 Dolgozó orvosok száma*

1970-től a dolgozó orvosok száma fokozódó intenzitással növekedett. Ez a tendencia 1992-ig tartott. A vizsgált időszak elején 20 877 dolgozó orvost tartottak nyilván, 1992-ben 65 %-kal többet, 34 093-at. Mivel a lakosság száma

<sup>1</sup> Az eredeti tanulmány a Fraternité Rt. megbízásából az Államháztartási Reform Bizottság Jóléti Rendszer Albizottsága számára készült (1995).

lényegében változatlan volt, ill. kismértékben csökkent ezen időszak alatt, ez tízezer lakosra vetítve is hasonló mértékű változást jelentett (20,2-ről 33,2-re). 1993-ban azonban mintegy 450-nei kevesebb orvos dolgozott, mint egy évvel korábban, melyet csak csekély mértékben magyaráz az orvostudományi egyetemek végzős hallgatóinak a korábbi évekhez viszonyított alacsonyabb száma, lényegesebb szerepe van azonban a népességre általánosan jellemző öregedési folyamatnak.



### I. Az egészségügyi ellátó hálózat kapacitás mutatói Capacity indices of the health service network

Az egészségügyi ellátórendszer kapacitása általában véve is feltűnő területi egyenlőtlenségeket mutat, s ez igaz a dolgozó orvosok megoszlására is. Elsősorban az orvostudományi egyetemek, klinikák vonzzák az orvosokat. Az 1993. évi adatok alapján a 10 000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma Baranya, Csongrád és Hajdú-Bihar megyék, valamint a főváros kivételével mind az országos átlag alatt vannak. Budapest és Pest megye jelentik a két pólust. A főváros orvosellátottsága messze meghaladja bármelyik megyéét, itt 10 000 lakosra közel 57 dolgozó orvos jut, Pest megyében azonban mindössze 20. Itt hívjuk fel a figyelmet, hogy az egészségügyi infrastruktúra szempontjából általánosan is igaz Pest megye átlag alatti ellátottsága, amit Budapest közelsége okoz. Lényegében azt is mondhatjuk, hogy a főváros kapacitása azért is olyan magas, mert Pest megye ellátásához is hozzájárul, másik oldalról viszont Pest megye azért marad el nagymértékben az átlagtól, mert lakossága bizonyos ellátási formákat a fővárosban vehet igénybe. Ezért Pest megye adatait mindig ennek figyelembevételével kell értékelni.

Orvosellátottság szempontjából alig magasabb Szabolcs-Szatmár-Bereg megye arányszáma, mint Pest megyéé. Nyolc megyében (Bács-Kiskun, Békés, Fejér, Jász-Nagykun-Szolnok, Komárom-Esztergom, Nógrád és Somogy) 23,5 és 25 között mozog. Még az átlag felett álló három megyebeli arányszámok is csak 38,5 és 44,4 közötti értéket mutatnak, s az eddig nem említett megyékben a 10 000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma 26,1—33,2.

Az orvosok legutoljára szerzett szakképesítését tekintve a leggyakoribb szakmákban (belgyógyászat, fog- és szájbetegségek, csecsemő- és gyermekgyógyászat, szülészeti és nőgyógyászat, sebészet) a főváros ellátottsága a legmagasabb. (Megjegyzendő, hogy technikai okok miatt itt csak az 1992. évi adatok álltak rendelkezésre.) Budapestet követik azok a megyék, ahol orvostudományi egyetemek működnek, melyeket a fentiekben már, mint átlag feletti orvosellátottságú megyéket említettünk. A legkiemelkedőbb egyenlőtlenség a belgyógyász végzettséggel rendelkezők területi megoszlásában tapasztalható, mivel Budapesten 100 000 lakosra vetítve több, mint kétszer annyi (68,0) ilyen képzésű orvos dolgozik, mint az országos átlag (32,7), s ez utóbbi átlagot csak egyetlen megye arányszáma haladja meg (Baranya: 34,8). Általában elmondható, hogy minél alacsonyabb a szakorvosi ellátottság országos szinten, annál kiegyenlítettebb a területi megoszlása. A fentiekben említett három megyében, ahol az orvosellátottság az országos átlagot meghaladja, ill. Budapesten működik a lakosság számához viszonyítva a legtöbb szakképesítéssel nem rendelkező orvos is.

A fog- és szájbetegségek szakmában Csongrád (31,8) és Vas megye (33,2) ellátottsága haladja meg az országos értéket (28,6), és Pest, Hajdú-Bihar, Győr-Moson-Sopron, valamint Baranya megyék arányszáma átlagos, ill. közel átlagos. A főváros ellátottsága (46,5) még a legmagasabb arányszámú Vas megyéé is 40%-kal meghaladja. Meg kell említeni, hogy Nógrád megyében rendkívül alacsony az ilyen szakképzettségű szakorvosok gyakorisága, 100 000 lakosra mindössze 4,9 jut. Egyetlen más vezető szakmában, ill. megyében sincs — arányukat tekintve — ilyen kevés orvos.

A csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi ellátottság Hajdú-Bihar megyében (26,2), Baranya (33,6) és Csongrád (30,9) megyékben haladja meg az országos átlagot (24,0). Ebben a szakmában a főváros elsőbbsége már elenyésző, hasonlóan, mint a szülészeti-nőgyógyászati szakképesítések gyakoriságában. Ez utóbbi szerint Csongrád (19,9) és Baranya (19,7) megye emelkedik az átlag fölé, s Veszprém, Bács-Kiskun, Tolna és Hajdú-Bihar megyék szintje átlagos (14,3).

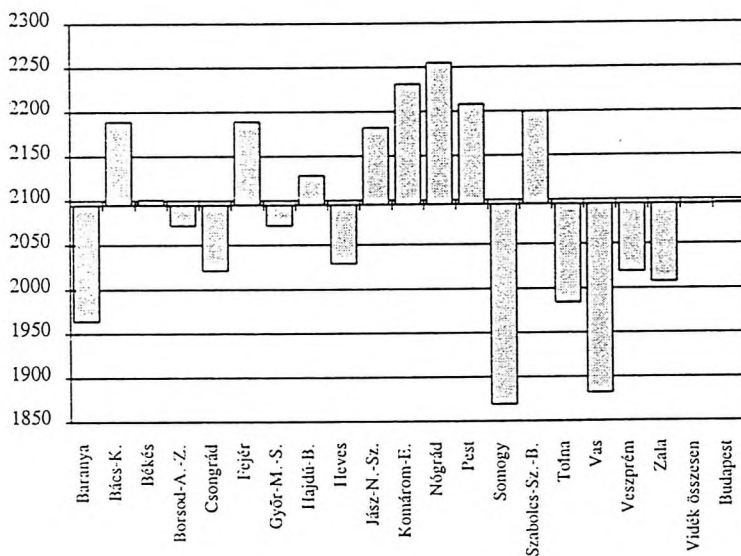
*Százezer lakosra jutó dolgozó orvosok száma terület és a leggyakoribb szakképesítések szerint, 1992*  
*Number of physicians per hundred thousand by region and by the most frequent specialities, 1992*

Megye	Szakképesítéssel nem rendelkező	Belgyógyászat	Fog-, szájbetegség	Csecsemő- és gyermek- gyógyászat	Szülészeti, nőgyógyászat	Sebészet	Általános orvostan	Összes dol- gozó orvos
Budapest	97,9	68,0	46,5	34,3	20,2	18,3	10,1	557,7
Baranya	110,5	34,8	26,9	33,6	19,7	12,0	13,9	433,0
Bács-Kiskun	66,4	25,1	23,9	21,6	14,4	9,2	9,1	256,3
Békés	79,2	18,1	21,5	16,3	10,6	9,2	8,4	239,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	72,5	19,8	21,5	22,7	13,5	10,9	10,8	255,7
Csongrád	114,3	29,3	31,8	30,9	19,9	13,9	13,7	449,8
Fejér	72,7	24,1	25,1	17,8	12,1	8,0	9,2	245,2
Győr-Moson-Sopron	74,7	29,5	28,6	20,6	12,2	12,4	9,4	283,9
Hajdú-Bihar	125,2	30,4	28,0	26,2	14,2	8,9	8,4	376,7
Héves	79,0	27,9	24,8	19,7	10,6	9,4	13,3	283,4
Jász-Nagykun-Szolnok	75,1	20,9	23,3	18,3	12,8	9,3	12,1	253,5
Komárom-Esztergom	76,4	20,1	25,2	23,0	13,4	11,2	14,1	272,0
Nógrád	69,6	16,2	4,9	23,3	9,9	8,5	14,8	250,1
Pest	53,6	17,7	27,8	19,2	8,6	7,4	11,1	211,0
Somogy	78,8	28,5	19,7	19,4	11,2	9,4	9,4	268,8
Szabolcs-Szatmár-Bereg	66,5	18,8	14,0	15,8	9,8	9,6	13,7	207,8
Tolna	77,7	23,5	23,1	22,7	14,3	13,5	9,6	284,0
Vas	81,1	30,3	33,2	19,0	12,8	11,7	9,5	304,5
Veszprém	65,6	26,2	25,4	20,6	15,1	13,5	12,7	274,9
Zala	71,4	27,8	26,4	20,5	12,9	12,6	8,6	291,1
Összesen	82,2	32,7	28,6	24,0	14,3	11,8	10,9	335,1

A személyzeti szakképesítést szerzették gyakorisága szerint Budapest (18,3) ismét jelentősen megelőzi a megyéket, de ebben a szakmában már öt megye: Csongrád (13,9), Tolna (13,5), Veszprém (13,5), Zala (12,6) és Baranya (12,0) emelkedik az átlag (11,8) fölé.

## II.2 Háziiorvosi ellátottság

A háziiorvosok (körzeti orvosok) száma a vizsgált időszakban kevésbé intenzíven növekedett, mint az összes dolgozó orvosé. 1970 és 1993 között mintegy 30%-os emelkedés volt tapasztalható az egy körzetre, ill. egy háziiorvosra jutó lakosságszámot tekintve. Meg kell azonban jegyezni, hogy a háziiorvosi rendszer 1992–93-ban még kialakulóban volt. Az új vállalkozási formák vonzóbbá tették ezt a szakmát. Ezt bizonyítja, hogy 1993-ban közel 200-zal több háziiorvos és 16-tal több házi gyermekorvos dolgozott, mint egy évvel korábban, s ennek következtében mintegy 100-zal kevesebb lakos jutott egy háziiorvosra.



II. Egy háziiorvosra jutó lakosok száma terület szerint, 1993  
Number of inhabitants per one family doctor by regions, 1993

1993-ban 4906 háziorvos és 1475 házi gyermekorvos dolgozott. A háziorvosi ellátottság területileg lényegesen kiegyenlítettebb, mint az összes dolgozó orvosé. Az egy háziorvosra jutó lakosok száma 1993-ban 1869 és 2255 között mozgott, Somogy megyében volt a legalacsonyabb és Nógrádban a legmagasabb. Amennyiben az arányszámot a háziorvosok és a házi gyermekorvosok együttes számához viszonyítjuk területileg nagyobb relatív szóródás tapasztalható. Ebben az értelemben Vas megye ellátottsága a legkedvezőbb, 1467 lakos jut egy házi-, ill. házi gyermekorvosra, s Szabolcs-Szatmár-Bereg megye orvosai a leginkább leterheltek, átlagosan 1833 betege van egy alapellátásban dolgozó orvosnak.

### *II.3 Kórházi ágyak száma*

1970 és 1990 között a folyamatos kórházi ágyszám-fejlesztés következtében 83 405-ről 101 954-re emelkedett a működő kórházi ágyak száma (HM, BM nélkül). Ez tízezer lakosra számítva 81, ill. 94 ágyat jelent, azaz 22%-os növekedést. 1991-től évről évre fokozódó mértékben csökkent a működő kórházi ágyak száma, s így 1993-ban már csak 96 565 ágy működött. Hangsúlyozni kell, hogy itt nem vettük figyelembe a HM és BM felügyelete alá tartozó kórházak ágyszámát, mert arról csak az 1993. évre vonatkozóan állnak rendelkezésre adatok (működő ágyak száma: 3872). Másrészt nincsenek információink a magán kórházakról és klinikákról. A kórházi ágyak lakossághoz viszonyított gyakoriságának alakulása 1980 óta osztályonként nagyfokú változatosságot mutat. Folyamatos ágyfejlesztés volt a belgyógyászati, a sebészeti és baleseti sebészeti, valamint az ideggyógyászati osztályokon. 1970-ben 84 994 engedélyezett kórházi ágy közül 14 267 belgyógyászati ágy volt, ez 17%-os részesedést jelent. Abban az évben alig maradt el ettől a tüdőgyógyászati ágyak száma, majd a sebészeti, ill. baleseti sebészeti ágyak következtek 13%-kal. Ezek után csak a szülészeti-nőgyógyászati, ill. a csecsemő- és gyermekgyógyászati ágyak gyakorisága haladta meg a 10%-ot. 1992-re a tüdőgyógyászati ágyak száma kevesebb, mint a felére csökkent, s ezzel egyidőben 60%-kal emelkedett az elmeorvosok osztályok ágyainak száma, majd az azt követő évben kismértékben visszaesett. A négy alapszakmában az ágyfejlesztés az arányokat megtartva történt. Mindezek következtében 1993-ban 19,3 belgyógyászati, 11,8 elmeorvosok, 13,0 sebészeti és baleseti sebészeti, 9,5 szülészeti és nőgyógyászati, valamint 8,6 csecsemő- és gyermekgyógyászati ágy jutott 10 000 lakosra.



*Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma a legnagyobb kapacitású osztályokon terület szerint, 1993*

*Active hospital-beds per ten thousand inhabitants at the hospital wards of the largest capacity by regions, 1993*

Terület	Osztályok						Összesen (minden osztály)
	Belgyógyászat	Sebészet	Szülészet és nőgyógyászat	Csecsemő- és gyermekgyó- gyászat	Elmegyógyászat	Tüdőgyógyászat	
Budapest	37,6	13,1	10,3	13,5	13,2	6,1	149,9
Baranya	17,7	11,6	11,0	11,1	6,3	6,8	106,3
Bács-Kiskun	14,9	8,8	10,6	5,0	10,5	4,3	80,9
Békés	12,6	6,5	8,8	5,9	12,4	6,0	76,4
Borsod-Abaúj-Zemplén	15,6	7,7	9,1	8,8	9,0	6,0	88,7
Csongrád	14,8	11,3	11,8	9,3	10,5	3,8	97,5
Fejér	13,8	5,5	7,8	5,7	12,4	4,8	74,1
Győr-Moson-Sopron	14,9	10,3	8,7	6,4	8,5	4,1	103,0
Hajdú-Bihar	11,7	9,3	9,6	6,5	7,4	5,6	77,1
Heves	13,7	9,3	8,5	6,0	17,9	10,7	109,8
Jász-Nagykun-Szolnok	17,0	7,8	11,0	8,8	9,7	3,4	83,2
Komárom-Esztergom	17,3	9,9	8,6	8,5	7,4	4,5	79,3
Nógrád	14,5	7,4	8,2	6,8	16,9	7,2	83,4
Pest	11,7	4,3	4,6	2,8	15,5	4,2	52,7
Somogy	16,3	10,5	8,4	8,5	10,5	8,9	92,4
Szabolcs-Szatmár-Bereg	14,8	8,1	9,3	7,1	4,4	5,2	79,9
Tolna	14,0	7,7	10,7	7,2	5,6	3,7	78,1
Vas	15,1	8,2	8,7	8,4	16,4	8,8	98,8
Veszprém	17,3	8,4	9,7	5,7	15,0	5,2	105,8
Zala	10,6	6,2	9,4	8,2	10,0	5,0	110,1
Ország	19,0	9,1	9,2	8,2	11,2	5,6	97,7

A tízezer lakosra vetített működő kórházi ágyak száma csak kismértékben tér el az engedélyezettektől, mégis ez mutatja a valós ágykapacitást. Terület szerint vizsgálva a legnagyobb kapacitású kórházi szakmákat, megállapítható, hogy a belgyógyászati osztályokon a legkifejezettebbek a területi differenciák. Ez összhangban van a belgyógyász szakképzettségű orvosokra korábban tett hasonló megállapítással. A fővárosban a legmagasabb a működő kórházi ágyak arányszáma. 37,6, s egyetlen megyében sem éri el a 18-at. A megyék között Baranyában van a lakosság számához viszonyítva a legtöbb belgyógyászati ágy, tízezer lakosra 17,7 jut, s Zala megye helyzete a leghátrányosabb, mivel ott csak 10,6 ez az érték.

A vizsgált kórházi osztályok között az elmeorvosászat van a második helyen a területi egyenlőtlenségek vonatkozásában, de ez nem is meglepő, hiszen egész intézmények szakosodtak a pszichiátriai betegek gyógyítására, ápolására. Ez magyarázza Heves megye (17,9), Nógrád megye (16,9), Vas megye (16,4) és Pest megye (15,5) kiemelkedően magasabb kapacitásértékét.

A csecsemő- és gyermekgyógyászati ágyak tízezer lakoshoz viszonyított száma 2,8 és 13,5 között mozog, az előbbi a Pest megyei, az utóbbi a budapesti arányszám. Minden más megyében az ágykapacitás eléri az 5-öt, s vidéki viszonylatban Baranya megye (11,1) van az első helyen.

A sebészeti ágyak tekintetében is a fővárosé a vezető szerep, tízezer lakosra 13,1 ágy jut, míg a legjobban ellátott megyékben sem éri el a 12-t ez az arány. Vidéken Baranya (11,6), Csongrád (11,3), Győr-Moson-Sopron (10,3) és Somogy (10,5) megyék járnak elől, míg Pest megyében mindössze 4,3 sebészeti ágy jut tízezer lakosra.

A tüdőgyógyászati ágyak térbeli eloszlását is elsősorban az határozza meg, hogy hol vannak a légzőrendszeri betegségekre szakosodott kórházak, szanatóriumok. Ez magyarázza Heves megye (10,7) és Somogy megye (8,9) kiemelkedő helyét. A legkevesebb tüdőgyógyászati ágy jut a Jász-Nagykun-Szolnok megyében élőkre: 3,4.

#### *II.4 A rendelőintézeti orvosi munkaórák száma*

A teljesített rendelőintézeti orvosi munkaórák száma is emelkedett a vizsgált időszakban (7957 ezerről 9176 ezerre). Jellemzően a fog- és szájsebészeti tevékenység teszi ki a szakrendelések kapacitásának mintegy harmadát, 9–11%-át a belgyógyászati szakrendelések, s 8–10%-át a sebészeti, baleseti sebészeti munka. Ezek a szakrendelések legjelentősebb szakmái, az összes többi részesedése egyenként nem haladja meg a 6–6%-ot. 1970 óta kevés kivétellel az összes szakmában emelkedett a teljesített évi orvosi munkaórák száma, de a növekedés üteme nem volt folyamatos, s 1993-ban volt a legintenzívebb. Egyetlen év alatt 256 ezerrel gyarapodott a teljesített évi munkaórák száma, míg a korábbi időszakban 5 év alatt volt tapasztalható 4–500 ezres növekedés. Szakmánként tekintve az 1993. évben a legjelentősebb emelkedés az onkoradiológiában (26 ezer óra, 24%), urológiában (56 ezer óra, 21%), ideggyógyászatban (59 ezer óra, 16%), a röntgen szakrendeléseken (45 ezer óra, 9%) és

a belgyógyászatban (69 ezer óra, 8%) regisztrálható. Ez a fokozott mértékű növekedés feltehetően jórészt már az új finanszírozási rendszer következménye.

### III. Az egészségügyi ellátó hálózat igénybevételének alakulása

#### III.1 Az orvoshoz fordulás gyakorisága

Az orvoshoz fordulás gyakoriságát három fajta mutatóval jellemezzük: a háziorvosok betegforgalma, a szakorvosi esetek száma, aránya és a kórházakból elbocsátott betegek száma, aránya.

#### A betegforgalom alakulása típus szerint Turnover of patients by type

Év	Háziorvosi (körzeti orvosi) betegforgalom		Rendelőintézeti szakorvosi gyógykezelési esetek száma		Kórházi elbocsátott betegek száma		Összesen	
	száma (ezerben)	aránya 100 lakosra	száma (ezerben)	aránya 100 lakosra	száma (ezerben)	aránya 100 lakosra	száma (ezerben)	aránya 100 lakosra
1970	54 322	525,5	59 124	572,0	1789	17,3	115 235	1114,8
1975	55 151	523,7	62 071	589,4	1893	18,0	119 115	1131,1
1980	45 821	427,8	67 191	627,3	2012	18,8	115 024	1073,9
1985	42 484	399,3	74 508	700,3	2183	20,5	119 175	1120,1
1990	42 738	412,8	78 107	754,5	2258	21,8	123 103	1189,1
1991	43 248	414,0	78 763	754,8	2279	22,0	124 290	1190,8
1992	49 042	475,7	77 220	749,0	2272	22,0	128 534	1246,7
1993	50 592	492,3	71 594	696,6	2280	22,2	124 466	1211,1

1970 és 1993 között 8%-kal emelkedett a betegforgalom 115 millióról 124 millióra, bár 1980-ban időlegesen némi visszaesés volt tapasztalható. (Megjegyzendő, hogy itt nem vettük számba a háziorvosi ügyeleti, a mentőszolgálati és a házi gyermekorvosi forgalmat.) Az említett átmeneti csökkenés oka a körzeti orvosi betegforgalom 1975-től mintegy 10 éven át tartó apadásának tulajdonítható. Ennek következtében 55 millióról 42 millióra esett vissza a körzeti orvosoknál megjelent, illetve az általuk meglátogatott betegek száma. Ezzel egyidőben a szakorvosi esetek száma a korábbiakhoz viszonyítva nagyobb ütemben emelkedett. 1970-ben az összes betegforgalom 47%-át az alapellátás bonyolította, 51%-át pedig a rendelőintézetek. A kórházi elbocsátott betegek száma a vizsgált időszakban mindvégig a teljes betegforgalom 2%-át tette ki. 1985-ben a körzeti orvosi és a szakrendelői betegforgalom 35, ill. 63%-volt, és 1991-ig ezek az arányok nem változtak. Ezt követően a háziorvosi betegforgalom évente 3 százalékponttal nőtt a szakrendelők kezelési esetei részarányának rovására. Mindezek a változások a körzeti, ill. háziorvosi

tevékenységet és azok igénybevételét szabályozó rendeletek következtében történtek. A körzeti orvosi betegforgalom az említett időszakban azért csökkent — növelve a szakrendelők kezelési eseteinek gyakoriságát —, mert egyes szakrendeléseket beutaló nélkül is igénybe lehetett venni. Később viszont a háziiorvosi rendszer bevezetése, a szakrendelések igénybevételének háziiorvosi beutalóhoz való kötése módosította az arányokat a háziiorvosi forgalom irányába.

A rendelőintézeti szakorvosi kezelési esetek az egyes szakmákban eltérően alakultak a tekintett periódusban. A legdinamikusabb változások a reuma és a sebészeti, baleseti sebészeti osztályokon regisztrálhatók. A reuma szakrendeléseken 1970 és 1990 között 85%-os növekedés volt tapasztalható, majd 1992-ig mindössze 2%-ot emelkedett a száz lakosra jutó vizsgálati esetek száma, s 1993-ra megfordult az addigi tendencia és már az előző évinél 9%-kal kevesebb volt a forgalom. A sebészeti, ill. baleseti sebészeti szakmában folyamatos csökkenés látható, melynek következtében 1993-ban az 1970-es forgalom a 68%-ára apadt.

*Száz lakosra jutó rendelőintézeti szakorvosi kezelési (vizsgálati) esetek száma*  
*Number of treating (examination) cases per hundred inhabitants*  
*at special polyclinics*

Szakma	Év					
	1970	1980	1990	1991	1992	1993
Belgyógyászat <sup>2</sup>	46,1	34,7	45,6	46,2	43,2	38,8
Sebészet, baleseti sebészet	63,0	54,5	47,1	46,2	42,6	40,2
Szülészeti-nőgyógyászat	30,7	29,4	27,9	27,2	25,9	27,5
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	18,4	16,0	19,7	19,2	19,9	18,5
Fül-orr-gégészet	23,9	22,7	21,5	21,3	21,9	20,5
Szemészet	30,7	29,1	30	29,7	29,6	26,1
Ideggyógyászat	10,8	10,0	11,1	11,2	11,6	12,8
Ortopédia	6,0	5,4	5,4	5,7	5,8	5,8
Urológia	8,9	9,4	11,1	11,3	11,7	14,4
Onkoradiológia	4,4	4,5	4,2	4,3	4,4	5,9
Fog- és szájsebészet <sup>3</sup>	95,6	78,5	78,1	78,7	76,3	70,9
Laboratórium	124,8	204,3	301,1	304,7	306,5	275,9
Reuma <sup>4</sup>	48,0	58,0	88,7	89,3	90,3	82,1
Röntgen	60,7	70,7	62,8	60,4	59,3	57,3
Összesen	572,0	627,3	754,4	754,8	749,0	696,6
Községi fogászat	—	23,7	27,2	27,3	25,3	30,1

<sup>2</sup> Az EKG és a belgyógyász csoportvezető forgalmával.

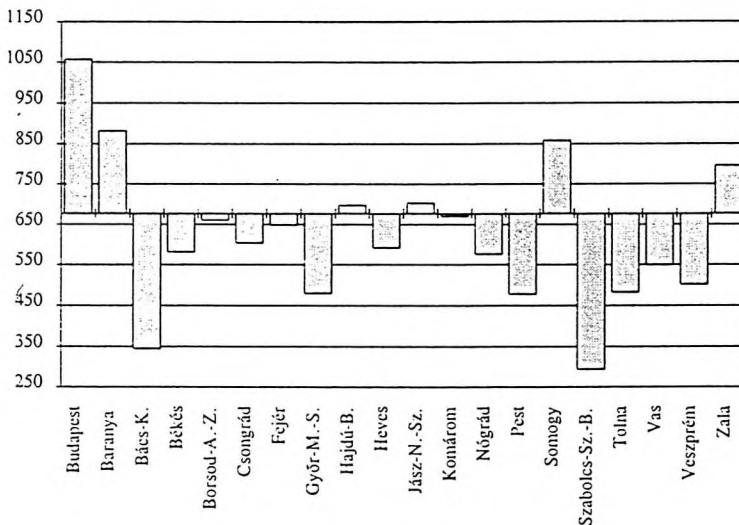
<sup>3</sup> Iskolafogászat adataival.

<sup>4</sup> A fizikoterápia forgalmával.

Meg kell említeni, hogy a laboratóriumi forgalom részaránya az összes szakorvosi vizsgálati esethez közel a duplájára nőtt 1970 óta, s így 1993-ban ezek tették ki a teljes forgalom 40%-át.

Nagyságrendje miatt kell foglalkozni a fog- és szájsebészeti forgalommal is. Bár 1970 óta 20%-kal csökkent a 100 lakosra jutó kezelési esetek száma, mégis a laboratóriumi vizsgálatok gyakoriságát követően a vizsgálati időszakban ez volt a második legnagyobb forgalmat lebonyolító szakma.

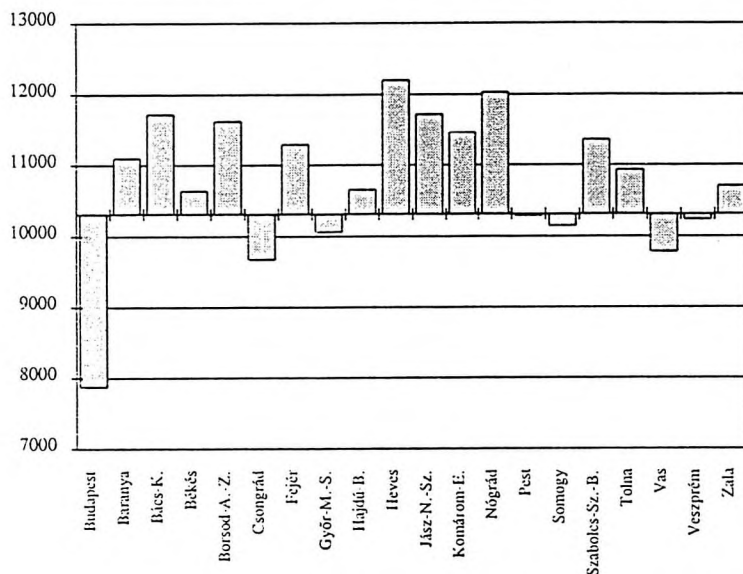
A rendelőintézeti betegforgalom területi egységek szerint is igen változatos képet mutat. 1993-ban a legmagasabb a 100 lakosra jutó kezelési (vizsgálati) esetek száma a fővárosban, meghaladja az 1000-t. Ezt követi három déldunántúli megye: Baranya (882,0), Somogy (858,0) és Zala (796,6). A legalacsonyabb a rendelőintézeti betegforgalom Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, mindössze 293,9 eset jut 100 lakosra.



### III. Száz lakosra jutó szakorvosi kezelési (vizsgálati) esetek száma terület szerint, 1993

*Number of treating (examination) cases at specialists per hundred inhabitants by regions, 1993*

Területileg vizsgálva a háziorvosi és a szakrendelői betegforgalmat, megállapítható, hogy lényegében nincs közöttük kapcsolat. Vagyis általában nem igaz, hogy a háziorvoshoz fordulás gyakoriságának magas volta nagyobb szakrendelési forgalmat indukálna, de az sem, hogy azok bármelyikét kiváltaná. Nyilván sok egyéb más is meghatározza az alap- és járóbeteg ellátás forgalmát: az adott terület jellege (ipari, mezőgazdasági), az ott élők korösszetétele, iskolázottsága, környezeti, munkahelyi ártalmak stb.



#### IV. Egy háziorvosra jutó betegforgalom (rendelésen megjelentek és lakáson meglátogatottak) terület szerint, 1993

*Patient's turnover (visiting consulting hours and those visited at home) per one family doctor by regions, 1993*

#### III.2 Kórházi ápolás átlagos tartama, ágykihasználás

A kórházi ágyak kihasználtsága részben attól függ, hogy az év hányad részében ápolnak rajtuk beteget. Ez azonban nem ad információt arra nézve, hogy az adott beteg kórházi ápolása, ill. annak tartama indokolt-e. Általánosan elfogadott az az álláspont, miszerint az ideális kórházi ágykihasználási százalék 80–85. Nyilvánvaló azonban, hogy ez nem vonatkoztatható egyformán minden egyes kórházi osztályra, hiszen ahol nagyobb fluktuáció várható (fertőző betegellátó osztály, szülészeti, újszülött osztály), ott több "tartalék" ágynak kell lennie. A statisztikai adatok csak arra adhatnak választ, hogy a rendelkezésre álló kórházi ágyakat milyen mértékben vették igénybe. Annak eldöntése, hogy a felhasználás indokolt volt-e vagy sem, alapos szakmai ismeretet, az egyes kórházi ápolási esetek gondos tanulmányozását igényli.

Mint az a fentiekben látható volt a kórházi ágyak számának fejlesztése nagyobb ütemben emelkedett, mint az elbocsátott betegek száma. A kórházi ápolás átlagos tartama is lényegesen csökkent a vizsgált időszakban az utókezelő osztályok kivételével lényegében minden osztályon. Az aktív osztályokon 1970 és 1992 között 11,2-ről 9,5 napra, a krónikus osztályokon pedig több, mint 50%-kal 62,4-ről 30,1-napra.

Mindezek következtében a kórházi ágykihasználási százalék folyamatosan csökkent: az aktív osztályokon 87,0-ről 73,6%-ra, a krónikus osztályokon pedig 96,4-ről 83,2%-ra. Meg kell jegyezni, hogy 1993-ban a kórházi osztályokat már nem sorolták mereven aktív, ill. krónikus típusba, hanem az osztályokon belül nyílt lehetőség az aktív, ill. krónikus ágyak számának meghatározására. Ezért az utolsó vizsgált évben az adatok feldolgozása során ez a fajta csoportosítás nem történt. 1993-ban az ágykihasználási százalék már csak a korábban krónikus osztályoknak nevezett részlegekben, valamint a belgyógyászat, ideggyógyászat és reumatológián közelítette vagy haladta meg a 80%-ot.

A korábban említett négy legmagasabb ágyszámú osztály (belgyógyászat, sebészet, szülészet és nőgyógyászat, elmeorvosászat) vonatkozásában vizsgáltuk az 1993. évi ágykihasználási százalék térbeli alakulását, az egyes területek eltérését az országos átlagtól (lásd a túloldali táblát!).



*Kórházi ágykihasználási százalék a legnagyobb kapacitással bíró osztályokon, 1993*  
*Percentage of utilization of hospital beds at wards having the largest capacities, 1993*

Terület	Osztályok					
	Belgyógyászat	Sebészet	Szülészeti- és nőgyógyászat	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	Elmegyógyászat	Összesen (minden osztály)
Budapest	78,6	72,0	71,1	57,4	85,7	76,5
Baranya	78,7	72,5	62,6	54,2	77,1	71,7
Bács-Kiskun	79,8	69,2	66,2	49,3	79,8	73,2
Békés	80,1	71,3	62,4	52,3	66,9	70,7
Borsod-Abaúj-Zemplén	80,3	76,0	68,1	59,4	74,2	74,9
Csongrád	85,9	73,0	74,2	62,9	80,0	73,7
Fejér	73,2	64,7	66,0	45,4	68,7	65,5
Győr-Moson-Sopron	68,4	66,1	61,1	57,7	87,9	72,7
Hajdú-Bihar	88,5	69,7	69,6	52,7	99,6	76,4
Heves	95,0	68,3	56,7	48,6	51,8	67,1
Jász-Nagykun-Szolnok	78,0	75,1	59,3	53,4	75,3	70,4
Komárom-Esztergom	88,4	75,0	71,9	43,0	75,6	72,8
Nógrád	79,0	70,2	76,9	54,4	77,9	73,9
Pest	81,6	71,6	66,0	52,3	86,6	76,8
Somogy	82,0	79,7	73,2	51,2	71,7	73,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	86,6	71,2	60,8	54,3	88,8	73,4
Tolna	82,4	67,1	66,0	41,9	81,7	70,4
Vas	79,2	69,7	56,9	44,6	81,7	69,4
Veszprém	83,7	74,4	63,9	43,8	79,5	76,7
Zala	76,2	78,0	61,6	49,8	67,2	73,4
Ország	80,4	71,9	66,6	54,0	79,4	73,9
10 000 lakosra jutó működő kórházi ágyak száma	19,0	9,1	9,2	8,2	11,2	97,7

A belgyógyászati osztályokon országosan megfelelőnek mondható az ágykihasználási százalék (80,4), de Heves megyében eléri a 95-öt, és Győr-Moson-Sopron megyében a legalacsonyabb, mindössze 68,4. Jelentősen az átlag felett helyezkednek még el: Komárom-Esztergom megye (88,4), Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (86,6) és Csongrád megye (85,9), s említésre méltóan lemarad Fejér megye (73,2) és Zala megye (76,2).

A sebészeti osztályok ágykihasználási százaléka országosan is alacsonynak mondható, mindössze 71,9, de hét megyében még a 70-et sem éri el (Bács-Kiskun megye: 69,2; Fejér megye: 64,7; Győr-Moson-Sopron megye: 66,1; Hajdú megye: 69,7; Heves megye: 68,3; Tolna megye: 67,1; Vas megye: 69,7), s a legmagasabb érték (79,7) Somogy megyében tapasztalható.

A szülészeti és nőgyógyászati, valamint a csecsemő- és gyermekgyógyászati osztályokon szükségszerűen alacsonyabb az ágykihasználási százalék (66,6, ill. 54,0), mint a többi osztályon. A szülészeti és nőgyógyászati osztályokon Nógrád megyében a legmagasabb az ágykihasználási százalék: 76,9 és további két megyében (Csongrád, Somogy) és Budapesten haladja meg a 70-et. A legkevésbé kihasználtak a szülészeti és nőgyógyászati ágyak Heves megyében (56,7%), s még három további megyében nem éri el a mutató a 60-at: Borsod-Abaúj-Zemplén, Jász-Nagykun-Szolnok és Vas megyében.

A csecsemő- és gyermekgyógyászati ágyak kihasználtsága Csongrád megyében a legmagasabb: 62,9%, s ez az egyetlen megye, ahol ez az arányszám meghaladja a 60-at. Nyolc megyében az 50-et sem éri el (Bács-Kiskun, Fejér, Heves, Komárom-Esztergom, Tolna, Vas, Veszprém, Zala), ezek közül Tolna megyében a legalacsonyabb: 41,9%. Átlag alatti az ágykihasználás még Békés, Hajdú-Bihar, Pest, Somogy megyékben.

Az elmeorvosozási osztályokon országos viszonylatban viszonylag magas az ágykihasználási százalék: 79,4. A mutató értéke a legmagasabb Hajdú-Bihar megyében: 99,6. Ez az egyetlen területi egység, ahol az ágykihasználási százalék meghaladja a 90-et, de hét további területen eléri a 80-at, (Budapest, Csongrád, Győr-Moson-Sopron, Pest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Tolna, Vas). Feltűnően alacsony hasznosítottságúak az elmeorvosozási ágyak Heves megyében, ahol mindössze 51,8%-os. Mindössze három olyan megye van, ahol a mutató értéke 60 és 70 közötti: Békés, Fejér és Zala.

Összefoglalva a fentieket mindenekelőtt az állapítható meg, hogy az egészségügyi ellátó hálózat kapacitása és igénybevétele területileg rendkívül egyenetlenül oszlik meg. Annak eldöntése azonban, hogy azokon a területeken, ahol kedvezőbbeknek tűnnek a lehetőségek, ill. alacsonyabb szintű az igénybevétel, nem lehet pusztán mechanikus úton eldönteni, hogy van-e tényleges felesleg. Ehhez meg kell vizsgálni az intézményeket egyenként figyelembe véve, hogy valójában mekkora területet látnak el, hiszen az túlnyúlhat a város, ill. a megye határán is, ahogy ez egyértelműen látható volt Budapest és Pest megye relációjában.

Minden valószínűség szerint egy-egy kórterem vagy kórházi osztály bezárása gazdaságilag kevésbé előnyös, mint egy teljes fekvőbeteg-gyógyintézet egyéb egészségügyi vagy szociális célú intézménnyé alakítása. Bármilyen fontosak is legyenek azonban a gazdasági megfontolások, nem szabad tovább szaporítani a lakosság egészségi állapotát veszélyeztető tényezők számát.

Hiszen mindaddig, amíg a lakosság egészségügyi kultúrája, egész értékrendszere nem javul abban az irányban, hogy fizikai-egészségi állapotát mindennél előrébb sorolja, nem várható el, hogy távolabbi intézményeket keressen fel, amely túl azon, hogy a jövedelemszerző vagy családja ellátására fordítandó idejét csökkenti, közlekedési kiadásait is növeli. Sürgősségi esetben viszont féltő, hogy a beteghez nem érkezik meg időben a megfelelő ellátás.

A kórházi ágykihasználási százalékot nemcsak a statisztikai eszközökkel mérhető igények és lehetőségek viszonya határozza meg, hanem — miután a beteg szabadon választhat, hogy melyik intézményben kívánja kezeltetni magát — az egyes gyógyintézetek vagy azok bizonyos osztályainak híre, amit felszereltsége, az ott dolgozó orvosok felkészültsége és még sok egyéb számokkal ki nem fejezhető körülmény határoz meg.

Nagyon felelősségteljes megfontolást igényel az orvosok elbocsátása, illetve más feladatokra való átirányítása is, hiszen például a mai napig nincs biztosítva, hogy a betegek hétvégeken, ünnepnapokon ugyanolyan ellátást kaphassanak, mint a hét bármely más napján.

Tárgyszó:

Egészségügyi szolgáltatás

#### CAPACITY AND PROVISIONS OF THE HEALTH SERVICE NETWORK AND THEIR UTILIZATION IN THE 1990S

## A LAKÁSHELYZET SZOCIÁLIS VETÜLETEI A KILENCVENES ÉVEKBEN<sup>1</sup>

FARKAS E. JÁNOS

### *1. A szociális lakásellátás jellemzői, feltételrendszere*

A magyarországi lakáshelyzet 1945 utáni változásai négy fő korszakra oszthatók: 1. Az újjáépítés időszaka 1945 és 1948 között, amikor három év alatt a megsérült lakóházak zömét újjáépítették és ezen felül még 80 ezer új lakás is épült (annyi, mint a legutóbbi három évben). 2. 1949-től a 60-as évek közepéig, végéig lényegében semmilyen változás nem történt ehhez képest: a lakáshelyzet az 50-es évek elejének szintjén konzerválódott. A KSH-ban, 1963-ban lebonyolított rétegződésvizsgálatnak ez volt az egyik fő megállapítása. 3. A 60-as évek végétől a 80-as évek közepéig tartó csaknem 20 év alatt olyan gyors és általános javulás következett be a magyar lakásviszonyokban, amely egyetlen gazdasági ágazatra sem jellemző és nincs rá példa a környező országokban sem. 4. A 80-as évek közepe — úgy tűnik — ismét új korszak kezdetét jelenti. A lakásmutatók javulásának üteme egyértelműen lassul, egyes régiókban és társadalmi csoportoknál ismét kezd kialakulni a 70-es évekre jellemző hiányhelyzet. Nem lendült át a holtpontra a rendkívül kismértékű lakásmobilitás, és most még távolabbinak tűnik a változás lehetősége.

Az elmúlt ötven év változásai elemezhetők úgy is, mint a szociális lakásellátás változásainak egyes fejezetei. A fejlett piacgazdaságok szociális lakásellátási gyakorlatának kategóriáit alkalmazva, az egyezőségek és különbségek bemutatása rávilágíthat arra, hogy a kilencvenes évek közepén — öt évvel azután, hogy a magyar gazdaságban ismét megkezdődött a magántulajdonon alapuló, piacgazdasági rendre való átállás — milyen alapok állnak rendelkezésre és milyen problémák, hiányosságok tapasztalhatók a tekintetben, hogy feladatát betölteni képes állami és önkormányzati lakáspolitikai alakuljon ki. Nevezetesen — társadalmilag elfogadható szinten — biztosítani tudja a lakhatást (és ennek folyamatos költségeit is) azok számára, akik erre önerejük-ből nem képesek.

A szociális lakáspolitikához szükséges eszközök megteremtése, a rászorulóknak körének megállapítása, és az erre szánt összegek elosztása kormányzati (központi és helyi) feladat. A háborút követő rövid három évtől eltekintve — amely biztató kezdetet jelentett egy állami és önkormányzati szociális lakáspolitikai gyakorlat megvalósításához — 1948 és 1990 között (de gyakorlatilag még napjainkban sem) hagyományos értelemben nem beszélhetünk szociális lakáspolitikáról. Az ötvenes évek elején a tanácsrendszer kialakulását, és a magántulajdonú bérházak, az erre fordítható valamennyi

<sup>1</sup> Az eredeti tanulmány a Fraternité Rt. megbízásából az Államháztartási Reform Bizottság Jóléti Rendszer Albizottsága számára készült (1995).

eszköz államosítását követően minden ilyen típusú felelősség is az állam kezébe került. Az ebből következő feladatokat pedig az állam nem csupán a rászorultakra, de minden állampolgárra vonatkozóan — a rosszul hangzó, de a lényeget jól kifejező szóhasználatnál élve "fel is vállalta", de csak szavakban, csupán a politikai deklaráció szintjén.

Ez a vállalás tehát csak ígéret maradt, és 15—20 évig nem csupán a szociális szférában nem történt változás a lakáshelyzetben, hanem azon kívül sem.

A lakáshelyzet az egész országban rendkívül kedvezőtlenül alakult<sup>2</sup>.

A hatvanas évek végén — a gazdasági reform szellemi környezetében, nyilvánvalóan annak hatására is — születtek meg azok a kormányzati elképzelések, amelyek érdemi változások kereteit teremtették meg 1971-ben, az új lakástörvény megszületésével. Az állam a rendelkezések indoklásában továbbra is a korábbi évtized jelszavait hangoztatta, nevezetesen azt, hogy nem csupán a rászorultak, de minden polgára számára biztosítja a lakhatást. A jogszabályok tartalma azonban már a realitásokat tükrözte: a jelszavak mögött egy hagyományos állami szociálpolitika elvi körvonalai bontakoztak ki.

A mából ezekre az évekre visszatekintve azonban meg kell állapítani, hogy a törvény megvalósulásának egyrészt gazdasági, másrészt a lakásellátási rendszerbe beépített akadályai voltak.

A nyugati országok szociális lakáspolitikájával összehasonlítva két területen lehetett tapasztalni lényeges különbségeket. Egyrészt a tanácsok semmilyen önállósággal nem rendelkeztek a politika kialakításában, holott formálisan ezek voltak az állami döntések végrehajtói. Az állami bérlakásoknak csak kezelői voltak, semmilyen tulajdonosi jogot nem gyakorolhattak. Így nem volt befolyásuk a lakbérek alakítására, a lakásokkal való gazdálkodásra. A másik fontos különbség — amely még egyértelműen az ideológiai szempontok továbbélését tükrözte — az volt, hogy az állami bér- vagy kedvezményes árú lakással történő ellátásra való jogosultságot a rászorultaknál jóval szélesebb körben határozták meg. Bár a korábbiakkal ellentétben már nem minden állampolgár volt jogosult szociális lakásellátásra (például lakásigényt csak a városokban és néhány nagyobb községben lehetett benyújtani), de nem volt szigorú jövedelmi, vagyoni korlát, tehát a mai (vagy Nyugaton szokásos) értelemben vett szociális háló az állam teherbíró képességénél lényegesen "sűrűbb" volt. E lényeges különbségek ellenére az 1971-es jogszabályok még akkor is egy állami szociális lakáspolitikát megalapozását jelentették, ha a jelszavak szintjén ez másképpen hangzott. A rászorultak országosan egységes nyilvántartását alakították ki, amelyet évente aktualizáltak, különböző

<sup>2</sup> 1954-ben a városi lakások egynegyedében 5 fő volt a szobánkénti laksűrűség, felében pedig 2—3 személy élt átlagosan. Az egy főre jutó szobaszám Európában a legalacsonyabb volt. Az egy- és kétszobás lakások aránya meghaladta a 90 százalékot, míg Franciaországban 51, az akkori NSZK-ban 14, az Egyesült Királyságban 7, de még Csehszlovákiában is csak 62 százalék volt ez az arány. 1963-ra az egyszobás és egyhelyiséges lakások aránya az ötvenes évek elejének szintjén maradt, a lakások csaknem kétharmadára volt jellemző. A fürdőszobás lakások aránya még ekkorra sem érte el az állomány egyötödét. A háromtagú háztartások kétharmada, a 4—5 tagú háztartások fele élt egy szobában.

társadalmi csoportok (sokgyermekesek, fiatal házások) számára célzott programokat dolgoztak ki.

Természetesen az állami lakásellátás hatékonysága szorosan összefügg azzal, hogyan alakul az ország általános lakáshelyzete, hogyan változik a lakosság nagyobb része számára a lakáshelyzet, azok számára, akik továbbra is állami segítség nélkül, csak saját erejükre támaszkodva kell hogy megoldják lakhatásukat. Nos számos helyen bemutatták már, hogy az említett időszakban Magyarország e területén — a magánlakásépítés és felújítás területén — a hetvenes évektől a nyolcvanas évek közepéig olyan fejlődést ért el, amely nem csupán az évtizedes hátrányok leküzdését eredményezte, nem csupán más gazdasági ágazatoknál gyorsabb fejlődést jelentett, de a lakáshelyzet elérte az európai középmezőnyt. A lakáshelyzet mérhető és összehasonlítható mutatóit más országokéval egybevetve, a lakásellátottság színvonala a nyolcvanas évek végén Magyarországon magasabb volt, mint az általános gazdasági helyzet. Paradox módon, éppen ez a tény is hozzájárult ahhoz, hogy a nyolcvanas évek közepére az állami lakáspolitikai gyakorlata egyre inkább közelített egy hagyományos értelemben vett szociálpolitikai gyakorlathoz. Tehette ezt azért, mert a többség számára megvalósuló magas lakásszínvonal következtében egyre több forrás maradt, vált hozzáférhetővé a rászorultak számára. Kedvezőbbé vált a helyzet azért is, mert a szociális lakásellátás már nem átlagos, vagy annál magasabb lakásszínvonalat, hanem szerényebb szintet jelentett, amely — a szabályozás már ismertetett hiányosságai ellenére — természetes szelekciót eredményezett. A szociális körben egyre inkább csak a valóban rászorultak jelentkeztek támogatásért, szemben a hetvenes évek első felével, amikor az állami lakáselosztás előnyeit inkább a társadalom tehetősebb rétegei élvezték.

Az ideológiai, politikai korlátok enyhülésével, elhalásával egyre inkább a spontán változások irányították az eseményeket. A gazdaság teljesítőképessége mind a szociális, mind a nem szociális körben meghatározóbbá vált.

Ez a gazdasági és társadalmi környezet jellemezte a kilencvenes évek elejét. A rendszerváltás utáni parlamenti munka a jogszabályi, intézményi kereteket csak jelentős késéssel és jogalkotási hibákkal teremtette meg, az önkormányzatok tevékenységének javulása a gyakorlat eddigi hiányosságainak kijavításában, illetve az új helyzethez való alkalmazkodásban pedig még nem tapasztalható.

A rendszerváltás adta jobb lehetőségek egyelőre kihasználatlanul maradtak. A régi lakásgazdálkodási jogszabályok 1990-ben az önkormányzati törvény megszületésével lényegében megszűntek. Új, illetve az átmenetet szabályozó keretrendeletek azonban 1993-ig nem születtek meg, és akkor is komoly jogalkotási hibákat tartalmaztak, amelyek ellen a Alkotmánybíróság vétót emelt. Így 1994 közepéig az önkormányzatok — jelentős anyagi nehézségeik mellett — lényegében bizonytalan keretek között működtek.

*Vákuum keletkezett az önkormányzati lakásgazdálkodásban.* Bár bizonyos keretek között az újonnan megalakult helyi hatalmi szervezetek döntésére volt bízva: folytatják-e az eddigi gyakorlatot vagy más megoldásokkal próbálkoznak, csak annyi történt, hogy a régi módszereket — sok szempontból jogosan



— számos önkormányzat elvetette, új elvek és formák azonban még nem alakultak ki.

A nem szociális körben a körülmények hasonlóan kedvezőtlenül alakultak. Az 1980-as évek közepétől már a hanyatlás egyértelmű jelei mutatkoztak: a lakásépítés és -felújítás mértéke rövid idő alatt nagy arányban csökkent mind az állami, mind a magánberuházások körében. Ezek a tények elsősorban azt jelezték, hogy a gazdaság nem bír el nagyobb méretű beruházásokat, a költségvetés nem képes nagyobb állami támogatásokat nyújtani a kedvezményes hitelek kamatkiegészítésére. Más szóval, amikor a lakásszféra kikerült a korábbi évtizedek védelmet nyújtó elszigeteltségéből és szembe találta magát a gazdaság átlagos lehetőségeivel, már nem tudta a fejlődés addigi ütemét folytatni.

Az évtized végén, a rendszerváltás után a politikai és intézményi változások nyomán ezek a folyamatok felerősödtek. Az önkormányzati lakásépítés és -felújítás gyakorlatilag megszűnt, a költségvetési lehetőségekhez igazított új hitelek az építési költségek mindössze 10 százalékát fedezik, miközben a törlesztőrészek nagysága a családok jövedelmének 30 százalékát is elérheti — a nyugati országokban szokásos 10 százalék helyett. Így a lakásépítési költségek és a munkabérek közti növekvő távolságot a hitelek még enyhíteni sem tudják.

Ezzel új csoportok sodródnak ismét a szociális ellátást igénylők közé, hiszen a nem állami szférában csökkennek a lakáshelyzet önálló megoldásának lehetőségei.

A magyarországi lakáshelyzet egyik legfontosabb kérdése pillanatnyilag, hogy létrejön-e a szociális lakásellátás olyan típusú intézményrendszere, jogi szabályozása és legfőképpen jól működő gyakorlata, amely képes lesz a megoldani a rászoruló társadalmi csoportok nyilvántartását és lakáshoz juttatását vagy/és lakhatásuk támogatását.

## 2. Privatizáció

Szándékosan nem esett eddig szó a szociális lakáspolitikát alapjaiban befolyásoló jelenségről: az *önkormányzati lakások privatizációjáról*, hiszen ez a jelenség nem hasonlítható a klasszikus értelemben vett szociálpolitikai gyakorlathoz. Bár a volt szocialista országokban általános, de mégis csak átmeneti jelenségről van szó. Ugyanakkor e folyamat eredményeként jön létre az az önkormányzati lakásállomány, amely majd a szociális lakásellátás alapjául szolgálhat a következő években, hiszen nem valószínű, hogy az önkormányzatok jelentős lakásépítésbe fognának a közeljövőben.

Nézzük először a tényeket.

*Az önkormányzati bérlakások eladása 1988 és 1993 között (ezer db)*  
*Selling of community tenement flats between 1988 and 1993 (thousand)*

Év	Ország összesen	Ebből: Budapest
1988	8,7	1,6
1989	18,7	5,6
1990	54,0	22,2
1991	82,1	47,0
1992	74,1	47,3
1993	58,4	40,1
1994	90,4	60,0
1990—1994	359,0	216,6
<b>1988—1994</b>	<b>386,4</b>	<b>223,8</b>

A volt állami tulajdonú lakásállomány privatizációja az utóbbi öt évben ért el olyan mértéket, amely alapvetően megváltoztatta a nagyvárosi lakásállomány tulajdoni szerkezetét, holott a magántulajdonba adásra csaknem három évtizede van lehetőség. A nyolcvanas évek végén meginduló folyamatot a rendszerváltás felgyorsította és mára az állomány csaknem fele már magántulajdonba került. Becslésünk szerint 1995 elején már az önkormányzati tulajdonú lakásállomány kevesebb mint egytizedét alkotja a teljes lakásállománynak, holott 1990-ben több mint egyötöde volt. A fővárosban még lavinaszerűbb az állomány csökkenése: négy év alatt feléről ötödére csökkent.

*Lakásállomány az év elején<sup>3</sup>*  
*(ezer db)*  
*Housing stock at the beginning of the year (thousand)*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Összesen						
Országosan	3853	3890	3917	3 939	3954	3971
Budapesten	794	800	804	807	810	812
Ebből:						
Önkormányzati tulajdonú, db						
Országosan	721	673	591	520	461	370
Budapesten	396	376	329	282	241	181
Százalék						
Országosan	18,7	17,3	15,1	13,2	11,7	9,3
Budapesten	49,9	47,0	40,9	34,9	29,8	22,3

<sup>3</sup>Mivel az elemzés a volt tanácsi bérlakások állapotának bemutatását célozza, az egyéb állami (vállalati, tsz., egyházi tulajdonú) lakások csak az összesen sorokban szerepelnek.

A korábban elindult folyamat jellege változatlan maradt, vagyis nem a klasszikus értelemben vett privatizációról van szó, hanem a lakást a bentlakó bérlők veszik meg. Így az eddig eladott közel 390 ezer lakás gyakorlatilag 390 ezer új tulajdonost jelent, ami eleve rendkívül nehézé teszi a fenntartást, nem beszélve az értékesített állomány rendkívül rossz állapotáról.

A privatizált lakások számáról igen sokféle, egymásnak ellentmondó adat lát napvilágot, holott a privatizált lakások számára, becsült forgalmi értékére és eladási árára vonatkozó statisztika 1990 óta része a KSH adatgyűjtési rendszerének, és a közvélemény részére történő rendszeres adatszolgáltatásoknak is.

Az előző fejezetben az állami és nem állami szféra folyamatos kölcsönhatásáról volt szó. A privatizáció kapcsán ismét olyan jelenségről kell szólni, amely jelentős hatással van a lakásszféra piaci szegmensére. Különböző okok következtében, amelyek egy önálló tanulmány témáját alkothatják, az önkormányzati tulajdonú lakások értékesítése speciális feltételekkel történik: az eladási ár és a hitelfeltételek a piacinál lényegesen kedvezőbbek. Ez a tény — különösen a fővárosban és egyes nagyvárosokban — jelentős hatással van a piaci árszint alakulására is. Ezek a hatások ma még nem mérhetők pontosan, de a következő években bizonyára visszahatnak az önkormányzati lakásgazdálkodás alakulására. A privatizációval vegyes tulajdonú lakóépületek tömege keletkezik. Az önkormányzatok jelenleg a közös költség erejéig fizetik a társasházak számára az önkormányzati bérlők után járó részt, amely magasabb, mint a befizetett lakbér, de lényegesen alacsonyabb, mint akár csak az önfinanszírozó lakbérszint (nem beszélve egy — felújítási alapot is teremtő — piacihoz közelítő lakbérrel). Az alacsony eladási ár ugyanis vonzza a szegényebb rétegeket, amely családok a társasházzá alakítás után sem hajlandók a fenntartás költségeire érdemben többet áldozni, mint amennyi lakbért fizettek eddig. Így amikor az önkormányzatok majd lakbért akarnak emelni, úgy tűnik ennek felső határa a közös költség lesz, amely továbbra sem teszi lehetővé az érdemi lakásgazdálkodást az önkormányzatok számára (Lásd a túloldali táblázatot!).

*Az értékesített lakások forgalmi értéke, eladási ára  
1990–1994*

*Marked value and sale price of flats sold,  
1990–1994*

	ezer Ft				
	1990	1991	1992	1993	1994
Egy lakásra jutó forgalmi	1148.5	1121.5	1024.9	1223.3	1356.7
Egy m <sup>2</sup> -re jutó forgalmi	21.2	21.8	23.1	23.3	26.2
Egy lakásra jutó eladási ár	268.8	259.8	236.3	306.8	372.2
Egy m <sup>2</sup> -re jutó eladási ár	5.0	5.1	5.3	5.8	7.2
1990=100.0					
Egy lakásra jutó forgalmi	100.0	97.6	89.2	106.5	118.1
Egy m <sup>2</sup> -re jutó forgalmi	100.0	102.8	109.0	109.9	123.6
Egy lakásra jutó eladási ár	100.0	96.7	87.9	114.1	138.5
Egy m <sup>2</sup> -re jutó eladási ár	100.0	102.0	102.0	116.0	144.0
Előző év=100.0					
Egy lakásra jutó forgalmi	100.0	97.6	91.4	119.4	110.9
Egy m <sup>2</sup> -re jutó forgalmi	100.0	102.8	106.0	100.9	112.4
Egy lakásra jutó eladási ár	100.0	96.7	91.0	129.8	121.3
Egy m <sup>2</sup> -re jutó eladási ár	100.0	102.0	103.9	109.4	124.1

*3. A privatizált és önkormányzati tulajdonú lakásban élők néhány társadalomstatistikai jellemzője*

*3.1 A lakáshiány alakulása a volt állami tulajdonú lakásokban*

A szociálisan rászorultak lakáshelyzetének megítéléséhez adalékot nyújthat az a számítás, amely az 1990-es népszámlálás 20 százalékos mintájának feldolgozása alapján készült. Ebben megismételtük a lakások megfelelőségét bemutató — 1980-ban és 1985-ben elvégzett — feldolgozást<sup>4</sup>. A számítások módszerei azonosak a korábbiakéval.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> A korábbi számítások megjelentek: Lakáshelyzet '80. Ifjúságstatistikai Közlemények. KSH, Budapest, 1984 és Lakásstatistikai Közlemények. 1986. KSH, Budapest, 1987.

<sup>5</sup> A norma alsó határa a szobánkénti két fős laksűrűség. Ennek alapján *szűk* az a lakás, ahol a szobánkénti laksűrűség meghaladja a két főt. *Szűk* a lakás akkor is, ha a laksűrűség kettő, de az együtt élő személyek nem házastársak vagy testvérek. *Elfogadható* a lakás, ha a laksűrűség nem haladja meg a szobánkénti két főt, és az egy szobában lakó személyek nem házastársak vagy testvérek. Egyedülálló személyek számára egy fűszoba is elfogadhatónak minősült. *Megfelelő* a lakás, ha az elfogadható nagyságnál 1, esetenként fél szobával nagyobb. Végül *tágas* a lakás, ha a megfelelő nagyságnál egy szobával nagyobb.

Egy lakáshiány-számításánál alkalmazott módszertan nagyban függ attól, hogy az ország általános lakáshelyzete milyen. Nyilvánvaló, hogy amikor a lakások száma lényegesen kevesebb, mint a háztartásoké, a hiány legfontosabb mérőszáma, hogy hány új lakásra lenne szükség ennek mérséklésére. Ahogyan közelít ez a két érték, úgy kerülnek előtérbe a lakáshiány egyéb minőségi összetevői: a zsúfoltság, a rossz minőség, a kedvezőtlen fekvés, a káros lakókörnyezet. Természetesen a két tényező között szoros összefüggés van.

Az adatok bizonyítják, hogy a korábban már említett folyamatok eredményeként a minőség javulásának üteme e tekintetben is lassul: 1980 és 1984 vége között 32 százalékról 22 százalékra esik vissza a szűk lakásban élő háztartások aránya, az évtized közepétől arányuk ugyan tovább csökken, de lassuló ütemben: Az ún. elfogadható lakásban élő háztartások aránya lényegében nem változott, javulás az ún. megfelelő lakások esetében tapasztalható.

*A lakások megfelelősége*  
*Suitability of flats*

Év	Szűk		Elfogadható		Megfelelő		Tágas	
	lakásban élő háztartások aránya. (%)							
	ország összesen	Budapest	ország összesen	Budapest	ország összesen	Budapest	ország összesen	Budapest
1980	32,3	33,6	40,4	43,4	23,6	19,4	3,7	3,6
1984	22,4	23,3	39,8	44,5	22,1	26,7	6,7	5,5
1990	16,9	20,4	38,6	43,7	34,4	28,1	10,1	7,7

A országos átlaghoz hasonló helyzet jellemzi a városok és a községek lakásállományát. Ez a hasonlóság érvényes a minőségjavulás ütemére is: az évtized közepe után megtorpan a fejlődés. Ettől kismértékben tér el a főváros, ahol a javulás lassabb ütemű.

Kérdés, milyen különbségek tapasztalhatók e tekintetben a volt állami és magántulajdonú lakásokban élő háztartások körében.

Jól érzékelhető a nyolcvanas évtized eleje és vége közötti különbség a lakásállomány döntő többségét kitevő családi házaknál és a volt állami tulajdonú lakások esetében. Különösen az utóbbi csoportban feltűnő, hogy a nem elfogadható lakások aránya 1984-ig 36 százalékról 27 százalékra csökkent, az azt követő öt évben pedig ez az arány alig változott. Ez a tény összefügg azzal, hogy az állami lakásépítés harmadára csökkent a 80-as évek első feléhez képest: 1981 és 1985 között még 81 ezer, az azt követő öt évben pedig már csak 29 ezer állami lakás épült. Ennél is nagyobb mértékű volt a felújítások csökkenése ebben a körben.

A családi házaknál is lassult a javulás üteme 1984 óta, bár itt 1980-ban közel hasonló helyzetből indulva, az ún. szűk lakások aránya 1990-re már csaknem 10 százalékkal kevesebb e kategóriában az állami lakásokhoz képest. A másik két lakástípusban egyenletes a javulás a 10 év alatt. E lakástípusok — különösen a társasházak — kedvezőbb helyzetből indultak 1980-ban, 1990-re ezek körében van a legkevesebb szűk lakás.

*A szűk lakásban élő háztartások aránya az összes azonos tulajdonformájú lakáshoz viszonyítva*  
*Rate of households living in strait flats as compared to all flats of the same ownership*

A lakás tulajdonformája	1980		1984		1990	
	ország összesen	Budapest	ország összesen	Budapest	ország összesen	Budapest
Családi ház	31,8	34,3	21,1	18,9	15,0	15,1
Társasházi és öröklakás	22,9	21,6	18,0	17,0	14,3	14,2
Lakásszövetkezeti lakás	29,7	27,8	22,2	23,6	16,4	16,5
Volt állami és egyéb tulajdonú lakás	36,2	36,2	26,9	26,2	23,9	24,3
Összes háztartás	32,3	33,6	22,4	23,3	17,0	20,4

A különböző lakásformák tehát — a volt állami lakások kivételével — kiegyensúlyozott képet mutattak 1990-ben. Az azóta bekövetkezett változások (csaknem 360 ezer önkormányzati lakás került társasházi tulajdonba) kismértékben ronthatták, de lényegében nem változtatták meg a társasházak minőségi összetételét, hiszen a jobb minőségű lakásokat vásárolták meg a lakók. A 370 ezer önkormányzati tulajdonban maradó lakás és a többi lakásforma között — a 80-as években tapasztalható kismértékű közeledés után — azonban jelentős szakadék keletkezett. A felújítások gyakorlatilag leálltak. Bár a 80-as évek második felében évi 30 ezerről 18 ezerre csökkent a felújított lakások száma, ez nem hasonlítható össze azzal, hogy 1990 óta 5–8 ezer lakás körül mozog évente. Mindez azt eredményezi, hogy a 90-es évek közepén a lakásállomány két részre szakad: döntő többsége jó és javuló minőségű, az önkormányzati tulajdonú állomány pedig lassan a szociális lakás kritériumainak sem felel meg.

### 3.2 Az önkormányzati és privatizált lakásban élők összetétele

1990-ben a teljes lakásállomány csaknem 20 százaléka, (mintegy 750 ezer lakás) került új tulajdonos — az önkormányzatok — kezébe. E lakásokban 850 ezer háztartásban a népesség közel egyötöde, több mint 2 millió ember élt. A magántulajdonútól jelentősen eltérő, kedvezőtlenebb szerkezetű és népességösszetételű, az országos átlagnál lényegesen rosszabb minőségű lakásokról van szó, amely magán viseli a hosszú évtizedek alatt felhalmozódott megoldatlan fenntartási, felújítási problémákat.

A volt állami tulajdonú lakások többségében ma is ugyanazok laknak, a lakások minősége azóta sem változott (ha igen, akkor romlott), a fenntartás gondjai napjainkban is ugyanazok.

Az 1990 végén önkormányzati tulajdonba kerülő tanácsi bérlakások csaknem egyötöde a múlt században, csaknem fele pedig a háború előtt épült. A magántulajdonú lakásállománynál 7 és 28 százalék ez az arány. A háború óta



épült 2,5 millió lakás közül csaknem 20 százalék (több mint 450 ezer lakás) bérlakás, amelynek nagy százaléka panelból épült lakótelepi lakás.

Az 1993 tavaszi Életmód-Időmérleg-felvétel feldolgozása során lehetőség nyílt arra, hogy röviden bemutassuk: hogyan változtatja meg a privatizáció az önkormányzati bérlakásban élők összetételét.

Az adatok két fontos jelenségre hívják fel a figyelmet. Egyrészt a volt önkormányzati tulajdonban levő és a magántulajdonú lakásokban élő népesség közötti különbségek az előbbi csoport kedvezőtlenebb helyzetét mutatják a vizsgált mutatók alapján. Másrészt a privatizáció újabb szakadékot nyit a lakáshelyzet tekintetében a lakásukat megvásárló, illetve a bérlői státust megtartó (vagy megtartani kénytelen) csoport között. A ma önkormányzati lakásban élők már valóban a legrosszabb helyzetben levő rétegek. Nem az önkormányzatok tudatos lakáspolitikájának eredményeként, nem a gondosan megtervezett nyilvántartási rendszer rostáján fennakadva, hanem spontán módon, kényszerűségből, tükrözve a valós társadalmi folyamatokat jön létre a hagyományos értelemben vett szociális lakásállomány és benne már ott találhatók a rászorultak is.

Az alábbi táblázatok a nagyvárosokban élő háztartásokra készültek, hiszen a felvétel idején itt lehetett megtalálni az önkormányzati lakások több, mint 85 százalékát.

A privatizált és az önkormányzati lakásban élők között a legmagasabb az időskorúak aránya.

*A háztartásfők korcsoport és a lakáshasználat jogcíme szerint  
a megyei jogú városokban*

*Heads of households by age group and virtue of using the flat  
in county towns*

Korcsoport	Önálló lakásban	Privatizált önkormányzati	Önkormányzati	Nincs önálló lakása	Összesen
	lakásban él				
30 év alatt	7,0	6,1	8,2	24,8	8,9
30—39	19,1	14,2	22,3	24,0	19,9
40—49	22,7	17,7	18,3	16,3	20,8
50—59	18,5	17,2	14,9	11,3	16,9
60—x éves	32,6	44,8	36,2	23,7	33,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A teljes népességben a nyolc osztályt vagy kevesebbet végzett háztartásfők aránya 36 százalék. Az önkormányzati lakásban lakóknál 42, a privatizált lakásban élőknel pedig 39 százalék ez az arány.

*A háztartásfők iskolai végzettség és a lakáshasználat jogcíme szerint  
a megyei jogú városokban*

*Heads of households by educational level and virtue of using the flat  
in county towns*

Iskolai végzettség	Önálló tulajdonú	Privatizált önkormányzati	Önkormányzati	Nincs önálló lakása	Összesen
	lakásban él				
8 osztálynál kevesebb	10,5	8,1	8,0	10,4	9,8
8 osztály	24,0	31,0	33,7	22,9	26,4
Szakiskola	17,5	9,8	16,9	20,9	17,2
Érettségi	27,4	31,2	24,7	26,5	27,0
Felsőfokú	20,6	19,8	16,7	19,2	19,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Az érettségizett és felsőfokú végzettségű háztartásfőknél már csak az önkormányzati lakásban maradók mutatnak eltérést, jelezve az itt élő népesség további leszakadását. A magántulajdonú lakásban élőkkel összehasonlítva az alacsony és magas iskolai végzettségűeknél egyaránt hátrányban vannak az önkormányzati lakásban élő háztartások.

Az alábbi táblázat szintén az önkormányzati lakásban élők további leszakadását bizonyítja. A szakképzetlen fizikai foglalkozású háztartásfők aránya magasabb, a diplomás szellemieké alacsonyabb, mint a városi átlag. Feltűnően eltér az átlagtól az inaktívak aránya és ezen belül pedig az alacsony iskolai végzettségűeké.

*A háztartásfők társadalmi csoport és a lakáshasználat jogcíme szerint  
a megyei jogú városokban*

*Heads of households by social group and virtue of using the flat  
in county towns*

Társadalmi csoport	Önálló tulajdonú	Privatizált önkor- mányzati	Önkor- mányzati	Nincs önálló lakása	Összesen
	lakásban élt				
Szakt munkás	22,0	13,6	16,8	29,4	21,1
Betanított és segédmunkás	7,7	7,3	12,1	11,7	9,0
Diplomás szellemi	15,2	12,6	9,6	14,7	13,8
Egyéb szellemi	14,2	15,1	14,7	10,2	14,0
Inaktív és eltartott 8 ált. vagy keve- sebb iskolai végzettséggel	28,6	32,0	30,7	24,2	28,9
Inaktív és eltartott érettségi és magasabb iskolai végzettséggel	12,3	19,4	16,1	9,7	13,3
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Idős kor, alacsony iskolai végzettség, kedvezőtlen társadalmi státusz: ezek az önkormányzati lakában élő népesség fő jellemzői napjainkban.

*4. Az önkormányzatoknál nyilvántartott lakásigénylők és a részükre juttatott lakások száma és összetétele*

A lakásigénylőkre és az elosztott lakások számára vonatkozó statisztika 1971, az akkor kiadott lakásrendelet megjelenése óta létezik, és — a nyilvántartást előíró jogszabály megszűnésével — 1992-ben szűnt meg. Bár az alább ismertetett adatok számos pontatlanságot tartalmaznak<sup>6</sup>, a szociális lakásellátás egyik legfontosabb mérőszámának tekinthető adatokról van szó. A szociális lakásellátásra igényt tartók köre lényegében két csoportra oszthatók: azokra, akiknek van lakásuk, de ennek fenntartását nem tudják biztosítani, illetve azokra, akiknek nincs önálló lakásuk, és ezt jövedelmükből nem is tudják megszerezni. Ez utóbbiakról voltak az állami szociálpolitika számára is nélkülözhetetlen információk az alábbiak, amelyek nem a statisztikusok hibájából szűntek meg, hanem azért, mert megszűntek a lakásigénylők nyilvántartását előíró jogszabályok.

*A lakásigénylők száma  
Number of housing claimants*

Lakásellátási formák	1988	1989	1990	1991	1992	1993
	év elején					

Ország összesen

Összesen	170 430	173 227	172 633	185 774	176 747	173 313
Ebből: bérlakás	92 633	97 610	100 653	123 561	121 931	126 622

Ebből : Budapest

Összesen	65 644	68 553	70 939	91 531	90 667	93 656
Ebből: bérlakás	46 352	49 216	52 172	75 441	74 868	77 835

Többi város

Összesen	102 049	104 119	101 093	94 243	86 080	79 657
Ebből: bérlakás	44 590	48 038	48 059	48 120	47 063	48 787

<sup>6</sup> Az adatok értékeléséhez hozzátartozik, hogy a nyilvántartások olyan igényeket is tartalmazhatnak, amelyek időközben már megoldódtak, de az igénylést a benyújtók nem szüntették meg. Ez azért lehetséges, mert aktuális névjegyzék készítése 1991 óta nem kötelező az önkormányzatok számára. Éppen ez okból az új igények beadását sem szorgalmazza az önkormányzatok, így számos jogos lakásigény látens marad.

1985 óta az állami lakásépítés folyamatosan csökken. Napjainkra az önkormányzati lakásépítés gyakorlatilag leállt. Ennek ellenére az igénylők száma folyamatosan nő a nyolcvanas évek közepe óta, és 1992 elején 185 ezer család igénylését tartották nyilván. E tekintetben is Budapest helyzete a legrosszabb, ahol csaknem 100 ezer a lakásra váró családok száma, és a növekedés üteme is itt a legmagasabb: 1985 óta csaknem megduplázódott az igénylők száma, de 1990 óta is csaknem 40 százalékkal nőtt.

A bérlakást igénylők száma 1988 és 1993 között eltelt hét évben az összes igénylés feléről annak 70 százalékára nőtt. A fővárosban pedig kétharmadról 80 százalék fölé emelkedett. 1992-ben az összes lakásigénylő csaknem 40 százaléka (70 ezer család) fiatal házas.

*A lakásigények kielégítése a lakásellátás formái szerint*  
*Meeting the claims for flat by the form of provision*

Lakásellátási formák	1988	1989	1990	1991	1992
Ország összesen					
Összesen	37239	27168	22092	14267	10465
Ebből: bérlakás	24539	18824	16653	12187	9333
Ebből: Budapest					
Összesen	11663	7948	6861	4271	3036
Ebből: bérlakás	9941	6866	6227	4223	3032
Többi város					
Összesen	24643	19090	15114	9996	3036
Ebből: bérlakás	14091	11860	10324	7964	6301

A tanácsok, majd 1991-től az önkormányzatok által elosztott lakások száma és aránya a benyújtott igényekkel ellenkező tendenciát mutat. 1985 óta folyamatosan csökken a juttatott lakások száma, az akkori 42 ezer lakással szemben 1991-ben már csak 14 ezer lakást osztottak el. Tehát az említett időszakban az igénylők számának 18 százalékos növekedésével szemben az elosztott lakások száma 66 százalékkal csökkent. A fővárosban pedig az igénylők csaknem megduplázódtak, miközben az elosztott lakások száma csaknem 70 százalékkal csökkent.

Hasonlóan csökkent a fiatal házások számára elosztott lakások száma: 1991-ben már csak 7,3 ezer lakást kaptak, szemben az 1985 évi 21 ezerrel, miközben az igénylők száma 58 ezerrel 73 ezerre nőtt.

Az 1993 elejéig rendelkezésre álló adatok egyértelműen a helyzet rosszabbodását bizonyítják e területen is. Mint a bevezetőben már szó volt róla azóta nem állnak rendelkezésre újabb információk, amely tény nem csupán a

statisztika problémáit, de közvetve azt is jelzi, hogy a helyzet tovább romlott. Hiszen több mint két éve a városi önkormányzatok döntő többségében nem készülnek aktualizált nyilvántartások az igénylők számáról és összetételéről, amely eleve nem teszi lehetővé a feladatok ellátását.

A fenti adatok tehát — nagyságrendileg — igazolják azt, hogy az önkormányzati bérlakásban élő, vagy ott lakni szándékozó népességcsoport helyzete e szempontból is romlott az utóbbi években.

Az önkormányzati bérlakásállomány napjainkban a magyar lakásállomány legalacsonyabb presztízssű részét képezi. Nem szükséges külön bizonyítani tehát, hogy az itt élők, és az itt lakást kérni kényszerülők valóban a társadalom legelesettebb rétegei közé tartoznak, amely családokról való gondoskodás a magyar társadalom fontos próbatétele lesz a következő évtizedben.

Tárgyszavak:

Lakáshelyzet

#### SOCIAL RESPECTS OF HOUSING SITUATION IN THE NINETIES

## FIGYELŐ

### NÉMET-MAGYAR-LENGYEL DEMOGRÁFIAI TALÁLKOZÓ BUDAPESTEN 1996. március 28—29.

A KSH Népeségtudományi Kutató Intézet (NKI) szervezésében 1996. március 28—29-én Budapesten került sor a német, magyar és lengyel demográfiai kutatóintézetek hagyományos, háromoldalú szemináriumára. Az NKI, a német Szövetségi Népeségkutató Intézet (BIB), valamint a varsói Gazdasági Főiskola Statisztikai és Demográfiai Intézete részvételével váltakozva megrendezett demográfiai találkozóknak az 1980-as évek második felére visszanyúló hagyományai vannak. Ezek a találkozók alkalmat teremtenek a három országot érintő, illetve regionális szakmai kérdések részletesebb megvitatására, új kutatási eredmények bemutatására, kölcsönös tájékoztatásra a folyó kutatásokról, emellett a személyes találkozások révén egyúttal a kapcsolatok fenntartásának és elmélyítésének fontos eszközei is.

A találkozón a német demográfiai intézetet *Charlotte Höhn*, a BIB igazgatója, *Johannes Otto* igazgatóhelyettes, továbbá *Katharina Pohl* és *Gert Hullen*, az intézet munkatársai képviselték. Lengyel részről *Jerzy Z. Holzer* igazgató, *Janina Jozwiak* igazgatóhelyettes, a főiskola rektora, valamint *Irena Kotowska* és *Irena Kowalska*, kutatók vettek részt a találkozón. Az NKI képviselőjében *Csernák Józsefné* igazgató nyitotta meg a szemináriumot, előadást tartottak *Klinger András*, a KSH elnökhelyettese, *Kamarás Ferenc*, a KSH osztályvezetője mint meghívottak, továbbá az Intézet munkatársai: *Hablicsek László* igazgatóhelyettes, *Illés Sándor*, *Pongrácz Tiborné*, *S. Molnár Edit* és *Valkovics Emil*.

"Az 1990-es évek népesedési trendjei és a német, magyar és lengyel népesség kilátásai" címmel rendezett szeminárium programja a következő volt:

#### 1996. március 28. (csütörtök)

9.00 Megnyitó: *Csernák Józsefné*

9.30 I. ülés: Népesedési folyamatok az 1990-es években: a német, magyar és lengyel népesedési helyzet áttekintése

Elnök: *Vukovich György*

*Charlotte Höhn*: Népesedési helyzet az 1990-es években Németországban

*Jerzy Z. Holzer*: A társadalmi-gazdasági átalakulás öt éve Lengyelországban — megfigyelhetők-e már hatásai a népesedési folyamatokra?

*Klinger András*: Magyarország újabb népesedési trendjei

11.00 Szünet

11.30 Vita

12.30 Ebédszünet

13.30 II. ülés: Újabb demográfiai kérdések társadalmi, gazdasági összefüggésben

Elnök: *Charlotte Höhn*

*Valkovics Emil*: A halálozások struktúrájának és a meghaltak átlagos életkorának alakulása Magyarországon (1946—1994)

*Irena E. Kotowska*: Háztartások keletkezése és megszűnése Lengyelországban — néhány társadalmi-gazdasági meghatározó tényező

*Illés Sándor*: Fiatalok munka nélkül

- 15.00 Szünet  
 15.30 Vita  
 16.30 Látogatás a Népeségtudományi Kutató Intézetben

**1996. március 29. (péntek)**

- 9.30 III. ülés: Nemzetközi demográfiai felvételek eredményei és tapasztalatai  
 Elnök: *Klinger András*

*Irena Kowalska*: Átmenet a serdülőkorból a felnőttkorba — Lengyelország esete  
*Kamarás Ferenc*: A magyar termékenységi és családvizsgálat főbb tapasztalatai és következtetései  
*Katharina Pohl*: Apaság Kelet- és Nyugat-Németországban  
*Pongrácz Tiborné-S. Molnár Edit*: Családpolitika — családi értékek

- 11.00 Szünet  
 11.30 Vita  
 12.30 Ebédszünet

- 13.30 IV. ülés: Jövőbeli kilátások - a demográfiai trendek összefüggései és következményei; kutatási prioritások a jövőben  
 Elnök: *Jerzy Z. Holzer*

*Johannes Otto*: A világ népességére vonatkozó ENSZ előrebecslések 1994-es revíziója  
*Hablicsek László*: Népeségelőreszámítások Magyarországon — néhány következmény a jóléti rendszer reformjára  
*Gert Hullen*: Változó életkörülmények; a LIPRO program alkalmazása  
*Janina Jozwiak*: Az újabb demográfiai trendek hatása a jövőbeli demográfiai kutatási témákra

- 15.00 Szünet  
 15.30 Vita  
 16.00 Zárszó: *Csernák Józsefné*

*Csernák Józsefné*

**GERMAN-HUNGARIAN-POLISH DEMOGRAPHIC MEETING  
 IN BUDAPEST, 28—29 MARCH 1996**



## IRODALOM

### FOLYÓIRATCIKKEK

DAY, L.H.: *Recent Fertility Trends in Industrialized Countries: Toward a Fluctuating or a Stable Pattern?* (A termékenység legújabb trendjei a fejlett ipari országokban. Változékonyság vagy stabilizáció felé?) *European Journal of Population*, 1995/3. 275–288. p.

A cikk áttekinti és adatokkal, ábrákkal bemutatja, publikált nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján, hogy a világ "fejlett ipari" országaiban a termékenység soha nem látott alacsony szintre csökkent. De nem egyenletesen és egyértelműen, hanem vagy folyamatosan, vagy szerény emelkedésekkel ingadozott. Az okok sokfélesége között bizonyára fontos szerepe van a születésszabályozásnak.

Régen sejtik a demográfusok, hogy a családtervezésnek a termékenységre gyakorolt hatása szempontjából több választ kaphatnak az "átmeneti jelenségekre" az éves születési arányokból, mint a befejezett termékenység mutatóiból (pl. a gazdasági recesszió vagy politikai események tekintetében). Többen rámutattak arra, hogy a termékenység jövője vizsgálatánál inkább a fluktuációt, mintsem a hosszabb távú trendeket kell figyelembe venni. E gondolat jegyében elemzi az egyes országok éves "periódus" termékenységi adatait 1965-től napjainkig mutatkozó változásaikban, e szerint csoportosítja is az országokat. Az adatok alakulását az "utánpótlási szinthez" viszonyítja. Ezek alapján vizsgálja azt a kérdést, hogy e változások csupán a születésszabályozás mikéntjétől függenek-e, vagy van-e valami, ami annál szilárdabb és tartósabb? Válasza: "Nehéz ezt megmondani!" A következő kérdés: mennyiben támaszkodhatunk az előrejelzéseknél az országos adatokra, vagy hogyan lehet figyelembe venni az országokon belüli földrajzi, etnikai, világnézeti, vagy egyéb általános körülmények szerinti eltéréseket, mint pl. a gazdasági adottságok, a nők helyzete és szerepe, a család-ideál, egyéni ambíciók, vallási kötődések, a nemzetközi vándorlás, vagy az állami (politikai és kulturális) beavatkozás (pronatalista politika), vagy ismert demográfiai tényezők (öregedés) hatását?

A nők munkavállalásával kapcsolatban több jelzés utal a nőket befolyásoló tényezők elemzésére, magatartásukat befolyásoló szempontokra, mint pl. türelmetlenségük az egyenlőtlenséggel kapcsolatban, munkájuk nem megfelelő értékelése, az otthoni munka értékelésének hiánya. Mások a "fogyasztói társadalom" szemszögéből arra a kérdésre keresik a választ, hogy elfogadható-e az, hogy nem kevesen vannak, akik számára a fogyasztás legalacsonyabb szintje is elérhetetlen, míg a fogyasztási cikkek reklámjára fordított összegek jobban is felhasználhatók lennének. Azt is lehetne vizsgálni, hogy a "jóllakottság" érzése nem alakul-e ki azokban, akik már "mindent elértek", és a családi ambíciók nem jelentenek további "profit-lehetőséget".

Több tanulmány tárgya az is, hogy a fluktuációk során végül is fog-e nőni a termékenység az utánpótlási szint fölé. Itt mutat rá a szerző, hogy az egyes országok etnikai eltérései mellett hogyan hathat a nemzetközi vándorlás a befogadó országok termékenységére. Eddigi tapasztalatok szerint a "bevándorló" népesség eredetileg magasabb termékenységi magatartása egy-két generáció során "elolvad", illetve beolvad a befogadó ország szintjébe.

Szerző szerint a jövőben egyaránt előfordulhat a termékenység növekedése, csökkenése vagy fluktuációja, ennek ellenére a termékenység szintje az utánpótlás szintje közelében alakul. E mozgások során elsőrendűen fontos figyelni az emberi magatartást, el kell szakadni a "homo oeconomicus" modelljétől és rafinált matematikai formulák keresésétől. A kutatás feladata tehát nemhogy beszűkülne, hanem éppen kiterjesztendő, és pedig az inkább szociológiai, intézményi, sőt pszichológiai tényezők irányába, mélységében pedig az egyes népességek jellemző csoportjaira, mint pl. a vallási és etnikai csoportok, a vándorlók, az elváltak, a dolgozó anyák, szomszédságok és lakás-típusok szerinti elemzésre.

H.L.

DIMITROVA, M.—DONKOV, K.: *Bulgarian population*. (Bulgária népessége.) Statistical Review — Republic of Bulgaria, 1994/1. 4—5. p.

Az 1992. december 4-én megtartott népszámlálás adatai szerint Bulgária népessége 8 487 317 főt tett ki. 1887-hez viszonyítva a népességszám több mint 2,7-szeresére növekedett. Az előző (1985. évi) cenzenél képest azonban — Bulgária történetében először — mintegy 461 ezer fős népességszökkenést regisztráltak.

A népesség évi átlagos növekedése Bulgáriában 1921 és 1926 között volt a legnagyobb — mintegy 105 ezer fő —, 1927 és 1934 között pedig mintegy 75 ezer fő. A legkisebb mértékű népességnövekedés — évi kb. 22 ezer fő — 1976 és 1985 között volt jellemző az országra, az 1986—1992 közötti időszakban viszont már a népesség fogyása kezdődött meg, évente átlag 66 ezer fős csökkenéssel.

Az ország demográfiai helyzetét tekintve az elmúlt tíz év lényeges jellemzője volt az intenzív kivándorlás. Becslések szerint 1989—1991 óta kb. 386 ezer fő hagyta el az országot. Ehhez az értékhez hozzáadva a hivatalos statisztika által nem regisztrált kivándorlókat, valamint az országot 1992-ben elhagyók számát, a teljes migrációs kiáramlás elérné a 476 ezer főt.

1986 és 1992 között a városi népesség száma 5800 ezerről 5704 ezerre, a falusi népesség száma pedig 3149 ezerről 2783 ezerre csökkent.

A bolgár népesség nemek szerinti összetételében nagyarányú változás következett be. 1900-ban 1000 férfira 961 nő jutott; ettől kezdve a népesség nemek szerinti összetételében a nők javára történő eltolódás ment végbe, s 1946-ban egyensúlyi állapot alakult ki. A tendencia azonban tovább folytatódott, és 1956-ban 1000 férfira már 1004, 1992-ben pedig 1035 nő jutott.

1992 végén a munkaképes korúnál fiatalabb népesség aránya 19,9% volt (ami 1900-hoz viszonyítva mintegy 2,2-szeres csökkenést jelent), a munkaképes korúnál idősebb népesség aránya viszont elérte a 24,5%-ot, ami az 1900-as érték 2,5-szöröse. A munkaképes korú népesség részaránya 1956-ban volt a legmagasabb (58,9%), 1992-re pedig 55,7%-ra csökkent.

A népesség elöregedése egyre gyorsabb ütemben zajlik. 1985 és 1992 között volt megfigyelhető az öregedés leggyorsabb növekedési üteme; ez alatt a 7 év alatt a "fiatal" népesség relatív aránya mintegy 3 százalékponttal csökkent, míg az "idős" népességé mintegy 3,4 százalékponttal növekedett.

Sz. Zs.

LARIVIERE, J.-P.: *Corée du Nord: particularisme socio-économique, parallélisme démographique avec le Sud*. (Észak-Korea: társadalmi-gazdasági különültség és demográfiai párhuzamosság a Déellel.) Espace, Populations, Sociétés, 1995/2. 203—207. p.

1989-ben a politikai elszigetelődés megszűnését követően bizonyos demográfiai adatok hozzáférhetővé váltak. A rendőrségi nyilvántartások lehetővé tették a demográfiai folyamatok rekonstruálását 1960-ig visszamenően, illetve előrejelzésüket 2010-ig.

A demográfiai átmenet időszakát, mely jóval a II. világháborút megelőzően elkezdődött, a születéskor várható élettartam gyorsuló növekedése és a halandóság látványos csökkenése jellemezte. 1950 körül a kevésbé fejlett országok közül a két Koreában volt a legmagasabb (47 év) a várható élettartam és a háborús időszakot kivéve, különösen 1960 és 1980 között, zuhanásszerűen csökkent a halandóság, és a csökkenés — ha lelessut is — jelenleg is folytatódik. A várható élettartam — ha hihetünk a publikált adatoknak — 70 év körüli mindkét országban.

1970-ben Északon még 7 gyermek jutott egy nőre (Délien már az 50-es években elkezdődött a csökkenés), azóta azonban a termékenységi mutató  $2/3$ -ával csökkent, és a mai 2,4 gyermek/nő arány alig több a generációváltáshoz szükségesnél, noha még mindig magasabb a szomszédos országokénál. A Kínához nagyon hasonló születéskorlátozó politika favorizálja a későbbi házasságkötést (27 éves korhatárt szab meg a nők esetében), valamint a páronként két gyermeket.

A demográfiai növekedést (az 1960-as években 3%, 1970 körül 4% évente, 1975-től évi 2%) a tartósan magas termékenység, másrészt a következményeként kialakult korstruktúra okozta. 1970-ben az átlagéletkor alig érte el a 17 évet. A népesség "öregedése" még éppcsak elkezdődött, és csak 2015-re várható, hogy az ország egésze tekintetében a 65 éves és idősebbek aránya eléri a 7%-ot.

1950-ben Észak-Korea lakossága a déliek 48%-a volt csupán, aránya mostanra 52%-ra nőtt (23, illetve 44,5 millió), de a demográfiai átmenet Északon gyorsan és hatásosan zajlik (ne feledkezzünk meg azonban arról az időbeli eltolódásról, ami a halandóság csökkenése és a születések között van), aminek következménye lehet, hogy a két ország, valamint Kelet-Ázsia egészének demográfiai helyzete gyorsan hasonlóvá válhat.

A magyarázatot keresve nyilvánvaló, hogy a társadalmi-kulturális összetevők hatásait kell számba vennünk. Az iskolázottság gyors növekedése (a városokban és az aktív népesség körében), valamint a nők helyzetében bekövetkezett változás (a termelésbe való bevonásuk) a két fő ok.

A II. világháború végén a városias területek aránya még alig haladta meg a 10%-ot; 1970-ben Észak-Koreában arányuk 54%, míg Délen 41%. 1953 és 1987 között a városi népesség aránya Északon megnyolcszorozódott, és a fejlődés legfontosabb sajátosságává vált az aktív népesség egyedülállóan gyors növekedési részaránya, áramlása (kollektív) mezőgazdaságból a többi szektor (főleg az ipar) irányába. Jelenleg már csupán a civil lakosság  $1/4$ -e él mezőgazdasági tevékenységből (Délien 15%).

A szerző véleménye szerint az Észak-Koreában bekövetkezett gyors demográfiai átalakulást, illetve a két ország közti párhuzamosságokat magyarázni lehet az Északon bekövetkezett alapvető társadalmi változásokkal. Lehetséges azonban, hogy a világ nagy kulturális egységeihez tartozó országok — mint amilyen Kelet-Ázsia — nagyon hasonló fejlődést járnak be, még óriási politikai, társadalmi és gazdasági eltérések esetén is.

G.M.

*NEBENFÜHR, E.: Determinanten für die Geburt eines zweiten Kindes.* (A második gyermek születését meghatározó tényezők.) Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 1995/2. 207—214. p.

A gyermekkel kapcsolatos döntés napjainkban többé már elsődlegesen nem gazdasági alapokra, hanem inkább érzelmi tényezőkre vezethető vissza. A személyes vágyakozás a gyermek után a megfelelő korú népesség körében általában érzékelhető. Az első szülést követően azonban az érzelmi beállítottság számos esetben módosul. Sokan megelégednek egy gyermekkel, és kevésbé érzik a késztetést második gyermek nemzésére, függetlenül attól, hogy a közvélemény a 2 gyermekes családot tartja általában ideálisnak.

A jelenleg termékeny életkorban lévő nemzedék magatartását természetesen befolyásolhatja a társadalmi struktúra megváltozása, a modernizáció, a közvélemény értékrendjének átalakulása, a jövőtől való félelem, a demográfiai magatartásról alkotott nézetek módosulása. E "makro" szintű tényezők mellett természetesen sajátos családi és egyéni szempontok is hatást gyakorolhatnak a gyermekvállalási hajlandóságra.

E kérdésekre keresett választ az Ausztriában 1992—1993-ban végrehajtott felmérés, melynek keretében 1494 20—54 éves férfival és nővel készítették interjút. Az olyan 25—39 éves anyák esetében, akiknek a felmérés előtt már volt egy gyermekük, külön kérdést tettek

fel arra vonatkozóan, hogy az azóta eltelt időszakban sor került-e második gyermek születésére. A vizsgálat alkalmával többféle háttéradat (életkor, családi állapot, kereső tevékenység, iskolázottság, az egy főre jutó jövedelem az adott háztartáson belül, vallásosság, párt-preferencia, a lakóhely szerinti település nagysága) megismerésére és feldolgozására is lehetőséget teremtettek.

Az eredmények igazolták azt az előzetes feltételezést, hogy a kereső tevékenységet folytató nők kevésbé vállalkoztak második gyermek szülésére, mint a háztartásbeliek. Az életkor ugyancsak jelentős szerepet játszott, a 35–39 éves nők rendszerint megelégedtek már az egyedüli gyermekkel, míg a fiatalabbak többsége második gyermeket is szült. Az egy főre jutó jövedelem nagysága és a második gyermek nemzésére irányuló hajlandóság között fordított összefüggést lehetett észlelni: a legmagasabb jövedelműek tarattak ki leginkább az "egyke" mellett.

Az említetteken kívül még további változókat is bevontak az elemzésbe, bár azoknál a szignifikancia követelménye már kevésbé érvényesülhetett. Figyelmet érdemel például, hogy a vallás fontosságát hangsúlyozó nőknek valamivel több mint fele második gyermeket is szült, a vallásilag közömbösöknél viszont e mutató értéke csak egyharmadot tett ki. Ennek fényében némileg ellentmondásos és meglepő következtetésre vezetett a politikai orientáció szerinti vizsgálat. A baloldali pártokhoz, politikai csoportokhoz (szociáldemokraták, "zöldek") kötődők ugyanis inkább mutatkoztak hajlandónak a második szülésre, mint a konzervatívabb felfogásúak. E hajlandóságot a lakóhely szerinti település nagysága szintén befolyásolta. A bécsi nők nagy többsége elutasította a második gyermek felnevelésével járó gondokat. A kisebb városokban az arány már jóval kedvezőbb volt, az 5000-nél kevesebb lakossal rendelkező településeken pedig a többség vállalta a második szülést.

Nyiivánvaló, hogy a személyes körülményeket közvetlenül meghatározó jellemzők — mint például a családi állapot — erősen közrejátszottak a gyermekvállalási szándékban. A házasságban élők könnyebben elszánhatták magukat a második gyermek nemzésére, mint az elváltak, özvegyek vagy hajadonok. A családi állapotot, az életkort és néhány más változót összekapcsolva, nagy vonalakban kialakíthatók azok a modellek, amelyek a második gyermekkel kapcsolatos döntés értékrendjét meghatározzák.

Az elemzés módot nyújtott végeredményben a döntő faktorok kiemelésére, amelyeket más — kevésbé jellemző — tényezők érdemlegesen nem módosíthatnak. Ezenkívül érdekes, és részben eddig kevésbé ismert összefüggésekre is sikerült rámutatni. Ilyen összefüggés fedezhető fel például a kor és a családi állapot között. A férjes nők ugyanis a termékeny életszakasz vége felé már kevésbé hajlandók második gyermekre gondolni, a házasságon kívül élők viszont inkább hajlamosak a második szülést időbelileg későbbre halasztani.

F.J.

*SCHWARZ, K.: In welchen Familien wachsen die Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf? (Milyen családokban nőnek fel a német gyermekek és fiatalok?) Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 1995/3. 271–292. p.*

A tanulmány a gyermekek és a 18 éven aluli fiatalok családi helyzetét teszi vizsgálat tárgyává. Németország nyugati és keleti területein 1993-ban együttesen 15,6 millió 18 éven aluli személy élt, akiknek többsége (nyugaton 73%-a, keleten 64%-a) egész életét vér szerinti szüleivel töltötte. Meg kell azonban jegyezni, hogy a gyermekek növekvő hányada házasságon kívül születik, de a nem törvényesen születettek mintegy egyharmadának helyzete a szülők utólagos házasságkötése révén rendeződik. Ennek ellentétele a gyermekes szülők fokozódó válási hajlandósága, ami főleg a keleti területeken mutatkozik meg erőteljesen. Egyre több gyermeknél ugyanis így módon felnevelkedésének korábbi vagy későbbi stádiumában törés következik be: megszűnik az a védelem, amit csak a teljes család nyújthat.

Az új és a régi szövetségi tartományok között feltűnő az eltérés a családban élő gyermekek korösszetétele tekintetében. Az előbbieken ugyanis a születésszám rendkívüli visszaesése folytán a 3 éven aluliak aránya rendkívül alacsonyra süllyedt.

A múlt század végén és részben még a következő évtizedekben is a felnővekvő, sőt a kisebb gyermekek életviszonyait nagy hányadban fenyegette a részleges, vagy teljes árvaság, tehát az egyik, még kedvezőtlenebb esetben mindkét szülő elvesztése. E veszély az utóbbi évtizedekben az élettartam meghosszabbodása révén lényegesen csökkent, viszont a családi biztonság fő veszélyforrását ehelyett a válások számának drámai növekedése jelentette.

A családi élet tekintetében meghatározó tényező, hogy a gyermekek növekvő része egyedüli gyermekként, testvér nélkül nevelkedik. Különösen nagy mértékben esik vissza a három és annál több gyermeket nevelő családok aránya. Ezzel párhuzamosan egyre több házaspár a teljes gyermektelenséget választja.

Az egyedüli gyermekként felnővekvők kérdése mindenképpen mint szocializációs probléma is jelentkezik. Az a körülmény, hogy még a 15–17 éves kort elérőknek is mintegy negyedrésze — nyilván végérvényesen — testvér nélkül marad, olyan jellemvonások kialakulásának kedvez, amelyek hátráltathatják a társadalomba való beilleszkedést.

Az 1993. évi helyzetet rögzítő "pillanatfelvétel" mellett megkísérelték a családi állapot időbeli változását is nyomon követni. Ebből a vizsgálatból azt az alapvető következtetést vonták le, hogy a régi szövetségi területen a gyermekek 20%-ának, az új területen pedig 30%-ának a családi helyzete legalább egy alkalommal változott.

A családi feltételek átalakulásának folyamata nagyjából az elmúlt negyedszázados időszakban vált érzékelhetővé. (A második világháborút követő első huszonöt évben is jelentkeztek ugyan már bizonyos kedvezőtlen tendenciák, de ezek akkor még nem érték el a "kritikus" szintet.)

Az újabban felgyorsult változások a felnővekvő gyermekekre egyre nagyobb hányadának körülményeire gyakoroltak maradandó hatást. Számos gyermek és serdülőkorú fiatal kénytelen például elviselni a mostoha- vagy mostoröszkővel való együttéléséből eredő konfliktusokat. Ezeknek az elviselését gyakran még nehezítheti az a tudat, hogy a vér szerinti szülő is életben van, tehát a gondokat valójában a család stabilitásának felbomlása idézte elő. Nem nehéz következtetni azokra a főbb okokra, amelyek indokolják, hogy a családi élet hanyatlása, a válások elszaporodása miért éppen a keleti területeken mutatkozott meg a legkifejezettebben. Az egykori NDK fennállása idején ugyanis e területeken maga az állam szorgalmazta a hagyományos értékek felszámolását, a vallási normák fellazítását, az egyházak befolyásának visszaszorítását.

Hangsúlyozni kell, hogy egész Németországban és az ország határain kívül is megfigyelhetők olyan tendenciák, amelyek előreláthatólag folytatódnak, és hosszú távon nem kedveznek a család stabilitásának. Bizonyos, hogy ezekben szerepet játszik a nők megváltozott helyzete. Meghatározó jelentőségű ilyen tekintetben egyrészt a fogamzásgátlás különböző módszereinek elterjedése, a terhességmegszakítás tényleges szabaddá tétele, másrészt a női munkavállalásból adódó nagyobb anyagi függetlenség.

A körülményekhez a szociálpolitikának is alkalmazkodnia kellett. Egyre égetőbb feladatként jelentkezett ugyanis, hogy a gyermeküket egyedül nevelő anyák növekvő tömege részére legalább a szociális-kulturális igényeknek megfelelő minimumot biztosítsák. Ezzel azonban — szándékától függetlenül — maga is hozzájárult annak a szemléletnek az erősödéséhez, mely szerint a házasságkötés, illetve a házasság fenntartása nem szükségszerű feltétele többé az anya és gyermeke létbiztonságának. A szexuális partnerek nagyobb gond nélkül megtehetik, hogy akár a "formális" házasság mellőzésével hozzanak világra gyermekeket, bár az ilyen kapcsolatokból rendszerint kevés utód származik.



Vitathatatlan, hogy a hagyományos család fellazulása, továbbá a házasságon kívüli születések fokozódó gyakorisága rendkívül súlyos szociális, gazdasági és jogi problémákat vet fel, amelyek megoldására a társadalom nincs felkészülve. Jelen vannak ugyanakkor még a családi élet megőrzésére törekvő erők is. Kérdéses viszont, hogy befolyásukat meddig érvényesíthetik?

F.J.

BOOTH, A.—JOHNSON, D.R.—BRANAMAN, A.—SICA, A.: *Belief and Behavior: Does Religion Matter in Today's Marriage?* (Hit és magatartás: számít-e a vallás a mai házasságban?) *Journal of Marriage and the Family*. 1995/3. 661—671. p.

A tanulmány a vallásosság és a házastársi kapcsolatok minősége közötti kölcsönös összefüggéseket elemzi. A házasságban élő személyek országos mintáján végzett longitudinális vizsgálat alapján arra keres választ, milyen mértékben befolyásolja a vallásos meggyőződés változása a házasság minőségét, és fordítva, milyen mértékben hat a házasság minőségének megváltozása a házastársak vallásosságára. Mivel a hasonló tárgyú korábbi vizsgálatok keresztmetszeti jellegűek voltak, hiánypótló munkáról van szó, amelynek során nemcsak azt kutatták, hogy létezik-e a kérdéses összefüggés, hanem azt is, hogy amennyiben igen, a házasság, ill. a vallásosság mely aspektusait érintik.

A társadalomkutatók régóta foglalkoznak azzal, hogy a vallási érzelmek mi módon befolyásolják az emberek társadalmi viselkedését. Egyes tudósok, mint pl. *Durkheim*, már a múlt században vizsgálták, hogyan irányítja, igazolja és segíti a természetfeletti erőbe vetett hit az ember társadalmi tevékenységét. Újabban azonban egyes kutatók megkérdőjelezik a vallásnak mint a mai társadalom integráló tényezőjének erejét, aláhúзва, hogy a modernizáció eredményeként csökkent a vallási intézmények társadalmi ellenőrző képessége.

A vallás szocializáló erejének egyik területe a vallásosság és a család közötti kapcsolat lehet. Megállapítva, hogy a házastársi köteleességek külső kontrollra épülő hagyományos koncepcióit a modernizáció valóban szétmorzsolta, a kutatók azt sugallják, hogy a vallási intézmények másfajta szerepet is játszhatnak, mint a negatív társadalmi szabályozását. Végül soron az eredmények arra utalnak, hogy a vallásgyakorlás fokozódása csak ritkán eredményezi a házasság minőségének jobbúlását. Bár a mélyebb vallásosság némileg háttérbe szorítja a válás gondolatát, nem képes azonban fokozni a házastársak boldogságérzetét vagy csökkenteni az akár váláshoz is vezető konfliktusokat. Másfelől a házasság boldogságának teljesebbé válása kismértékben előmozdítja a gyakrabban történő templombajarást és a vallásnak a mindennapi életre gyakorolt befolyását. A vallás és a házasság minősége közötti összefüggést tehát ez a vizsgálat kölcsönösnek és gyengének találta. A kimutatott kapcsolatra esetleg magyarázatot kaphatnánk, ha részletesebb felvétellel kerülhetne sor az egyének vallási érzésének intenzitására vonatkozóan. Lehetséges az is, hogy az erősebben vallásos (pl. fundamentalista meggyőződésű) személyek a vallásosság és a házasság minősége változása terén szorosabb összefüggésekről adnának számot. Elképzelhető például, hogy erősen hívő új házasok esetében a vallásosság alapvetően meghatározza a házasság minőségét. Lényegében megállapítható, hogy az eddigi vizsgálatok még nem elegendőek a felvetett kérdések végleges megválaszolására. Az azonban tény, hogy a vallásos meggyőződés változása a házasság minőségével összefüggő magatartásoknak csak egy részét érinti, a vallási intézmények pedig egyelőre nem képesek megfelelő lelki támaszt nyújtani a családoknak a modern élet kihívásainak leküzdéséhez.

R.G.



PRIoux, F.: *La fréquence de l'union libre en France*. (A házasságon kívüli együttélések gyakorisága Franciaországban.) *Population*, 1995/3. 828—844. p.

1960-ban jelent meg az a René Théry által írt tanulmány, melyet az 1990-es helyzet előzményei, kialakulása feltárásához használt a szerző. Az abban közölt, 1954-re vonatkozó adatokat azonban France Prioux ártértékeli.

Az adatsorokra tekintve meglepődhetünk, hogy az eltelt csaknem fél évszázad alatt a házasságkötés nélkül együttélő párok aránya számottevően nem változott, sőt, a 25—64 éves korú együttélők és házasságban élők esetében, azokat korcsoportonként összehasonlítva is úgy tűnik, az összetétel is alig módosult. A családi állapot szerinti megoszlásukat bemutató táblával összevetve azonban már jól látszik az átstrukturálódás, mely a 90-es években feigysoruló változásokhoz vezet. Duplájára nőtt 90-re a hajadon/nőtlen együttélők száma, és negyedére esett le azoké, akik házas családi állapotúak.

1954-ben óriásiak voltak a regionális különbségek, 1,4 és 32,4 ezrelék között változott a házasságkötés nélkül együttélők aránya. Ugyanilyen markáns különbségekkel találkozunk, ha a párok társadalomban elfoglalt helyzete szerint vizsgáljuk a sokaságot. A ranglétra jellegű táblázat jól mutatja, hogy minél lejjebb helyezkedik el rajta valamely foglalkozási csoport, annál nagyobb arányban fordul elő közöttük házasságon kívüli együttélés. A "legalsó" csoport tagjai (taxisoförök, háztartási alkalmazottak, pincérek, fodrászok) integrálódtak a legkevésbé a társadalomba, nem motiváltak a hivatalos értékek védelmében, és ahol a "legalsó" foglalkozási csoport tagjainak aránya nagyobb, ott a "törvényen kívüli" együttéléseké is magasabb. A kialakult területi különbségeket a továbbiakban két tényező — a városi népesség aránya, ill. a vallásgyakorlás — hatásaként értelmezi a szerző. Az urbanizált területeken a házasságon kívüli együttélési gyakoriság csaknem mindenütt meghaladja az országos átlagot. Az egyház, ill. a vallásgyakorlás hatása pedig már ekkor is kevésbé érvényesült a városokban — a társadalmi langlétrán felfelé haladva azonban egyértelműen nőtt.

A tanulmány második felében az 1990-es állapotot mutatja be a szerző. Az együttélők korstruktúrája ekkora jelentősen megváltozott; "fiatalabb" lett, és a házasságkötés nélkül együttélő nők nagyobb hányada dolgozik, mint a házasságban élők esetében. A házasságkötés nélkül együttélő párok többsége, több mint 40%-a munkás kategóriájú, az ő "térképük" nagyon hasonlít az országoshoz. A régiókénti eltérésekben jelentős szerepe van még a mezőgazdasági népesség részarányának, a jellemző településnagyságnak, valamint a hagyományos értékekhez való, területenként eltérő kötődésnek.

Összefoglalva azt mondhatjuk, az 1954 és 1990 között bekövetkezett és a további változások irányát jelző átstrukturálódás ellenére 1990-ben még inkább a hasonlóságok jellemzőek. A 90-es években gyorsult fel a jelenség terjedése annyira, hogy napjainkra már Európa-szerte jellemző családformává vált a "szabad", törvényes házasságkötés nélküli együttélés és gyermeknevelés.

G.M.

ELKELES, T.—SEIFERT, W.: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. (Munkanélküliség és egészség.) *Soziale Welt*, 1992/3. 279—297. p.

A nyugati ipari országok többsége legkésőbb a 80-as évek elejétől kezdve tartósan szembesült a nagyarányú munkanélküliséggel. Ez a körülmény ösztönözte azokat a tudományos vizsgálatokat, amelyek összefüggést kerestek a munkanélküliség és az egészségi állapot között.

Németországban e kérdésnek különös aktualitást kölcsönöz a keleti területek növekvő munkanélkülisége. Az ország többi részén a munkanélküliségi ráta viszonylag stabil, de emögött lényeges problémák húzódnak meg, mint például a hosszú időn át eredménytelenül

állást keresők jelentős száma. A huzamos munkanélküliség hatást gyakorolhat az érintettek életviszonyaira, társas kapcsolataira, magatartására és végső fokon akár egészségi állapotára is.

A kérdéssel foglalkozó kiterjedt irodalom egyértelműen bizonyítja a munkanélküliség és rossz egészségi állapot közötti összefüggést. Nyitott kérdés azonban, hogy a két tényező egymással milyen kauzális kapcsolatban van. Nem csupán a munkanélküliség okozhat ugyanis károsodást az egészségben, hanem a meggyengült egészségi állapot is szerepelhet az állás elvesztésének okaként. Lényeges továbbá ismereteket szerezni arra vonatkozóan, hogy állástalanság állapotának megszűnése, a munkába állás miként befolyásolja az egészségre vonatkozó panaszokat.

E kérdésre kerestek választ a Német Gazdaságkutató Intézet által végrehajtott longitudinális szociális-gazdasági panel-vizsgálat keretében, mely 1984-ben 6000 háztartás bevonásával indult, és továbbiakban évente ismétlődött.

Az eredmények abban foglalhatók össze, hogy a munkanélküliség önmagában kevésbé játszik szerepet tényleges egészség-károsodást előidéző faktorként. Inkább arról lehet szó, hogy a már eleve valamilyen tartós betegségben szenvedő emberek nagyobb valószínűséggel válnak munkanélkülivé. Lényeges továbbá felhívni a figyelmet arra az összefüggésre, hogy a munkanélküliség főleg az alacsonyabb képzettségű, társadalmi presztízs szempontjából is alacsony színvonalú munkát végző személyeket fenyegeti. Tekintve, hogy az e rétegekbe tartozók egészségi állapota is általában kedvezőtlen, szükségszerűen viszonylag nagy hányadban kerülhetnek a munkanélküliek — főleg a tartósan munkanélküliek — csoportjába halmozottan hátrányos helyzetű személyek, akiknél a hátrányos helyzet egyik elemét a rossz egészségi állapot jelenti. E kérdéscsoport további vizsgálatát elősegíthetnék a munkanélküliség tekintetében kritikus helyzetben lévő régiókra, társadalmi csoportokra irányuló speciális vizsgálataok.

F.J.

FILATKI, H.—FOX, J.: *Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS longitudinal study.* (A halandóság lakás- és gépkocsitulajdon szerinti különbségei Angliában: egy longitudinális vizsgálat eredményei.) *Population Trends*, 1995. ősz, 27—30. p.

A társadalmi státusz mérésére különböző kutatások különböző mutatókat alkalmaznak. E mutatók közül a tapasztalatok szerint az egyik leghasznosabb a lakástulajdon, ill. a gépkocsitulajdon. Tanulmányukban a szerzők e két mutató szerint vizsgálják a halandóság alakulását Angliában. Megközelítésmódjuk egyszerre keresztmetszeti és hosszmetzeti: figyelmüket egyrészt az adott időpontban megfigyelhető társadalmi különbségekre, másrészt e különbségek időbeli változására fordítják.

Az elemzés adatbázisát az a longitudinális vizsgálat alkotja, amelynek keretében az 1971. évi és az 1981. évi népszámlálás adatait kapcsolták össze a halálozási statisztikai nyilvántartással. A kutatásba bevont személyek mindkét időpontban az angliai népesség 1 százalékos mintáját alkották. Az 1971. évi minta tagjait 1981-ig, az 1981. évi minta tagjait pedig 1989-ig követték nyomon.

A lakástulajdon változójának a szerzők három kategóriáját (magántulajdon, piaci bérlakás és tanácsi bérlakás) különböztetik meg, a gépkocsitulajdon változója pedig kétértékű (legalább egy autó, ill. egyetlen autó sem). A halandósági szint mutatójaként a szerzők az életkor szerint standardizált halálozási arányt alkalmazzák, az egyes társadalmi csoportok összehasonlításakor pedig a megfelelő arányszámok hányadosát (az ún. rate ratio-t) használják.

Az eredmények szerint mind a hetvenes, mind pedig a nyolcvanas években azok körében volt a legmagasabb a halandóság szintje, akik tanácsi bérlakásban éltek, ill. akik nem

rendelkeztek gépkocsival. Az 1981-es minta férfi tagjainál pl. a magántulajdonú lakásban élők életkor szerint standardizált halálozási aránya 9,5, a tanácsi bérlakásban élőké viszont 12,7 volt. Ugyanilyen nagyságrendű eltérések mutatkoztak a másik változó esetében is: az autóval rendelkező férfiak halálozási aránya 9,2, az autóval nem rendelkezőké viszont 13,0 volt. A fentiekhez hasonló különbségeket tapasztaltak a szerzők a nőknél is.

A két időpontot összehasonlítva megállapítható, hogy az idők során valamennyi társadalmi csoporton belül csökkent a halandóság szintje, a csökkenés mértéke azonban csoportonként eltérő volt. Ennek az eltérő ütemű csökkenésnek a következményeként *növekedtek az egyes rétegek közötti különbségek*: a tanácsi bérlakásban élőknek a saját lakással rendelkezőkhöz viszonyított többlethalandósága tíz év alatt a férfiaknál 26-ról 34%-ra, a nőknél pedig 22-ről 32%-ra ugrott. Hasonló emelkedés volt megfigyelhető a gépkocsi tulajdon esetében is, ahol az autóval nem rendelkezők többlethalandósága a férfiaknál 30-ról 41%-ra, a nőknél pedig 21-ről 24%-ra változott. A részletesebb, korcsoportok szerinti elemzés kimutatta, hogy a többlethalandóság erősebben emelkedett a 65 éven aluliaknál, mint az idősebbeknél.

M.F.

KYTIR, J.—KÖCK, Ch.—MÜNZ, R.: *Historical regional patterns of infant mortality in Austria*. (A csecsemőhalandóság területi különbségei Ausztriában a XIX. század végén és a XX. század első felében.) *European Journal of Population*, 1995/3. 243—249. p.

A XIX. század utolsó harmadáig az ausztriai csecsemőhalandóság az agrártársadalmakra hagyományosan jellemző képet mutatta. A halandóság szintje magas volt és évről évre jelentősen ingadozott. Az 1873-as év döntő fordulatot hozott: ekkor vette kezdetét az a szekuláris csökkenés, amelynek eredményeként 1890 és 1951—1955 között csaknem 80%-kal csökkent a csecsemőhalálozási arányszám.

Az idők során alapvető változások mentek végbe az 1 éves kor alatt meghaltak korösszetételében. Lényegesen megnőtt a *perinatális* — vagyis a közvetlenül a születés körüli időpontra korlátozódó — halandóság szerepe, ugyanakkor visszaesett az ún. *poszt-neonatális* — azaz az első életév későbbi szakaszában jelentkező — halandóságé. Ez a változás összefüggött azzal, hogy az évek folyamán egyre csökkent azoknak a fertőző betegségeknek a súlya, amelyek a posztneonatális szakaszban fejtették ki hatásukat, s nőtt azoké a tényezőké — a terhesség hosszáé, a szülési körülményeké —, amelyek befolyása közvetlenül a szülést követően érvényesül.

Az ausztriai csecsemőhalandóság egyik szembevetendő vonása a *területi különbségek* nagysága és időbeli állandósága. Már a múlt század harmadik harmadában kirajzolódott az a kép, ami napjainkban is megfigyelhető, s amit az alpesi és nem alpesi vidékek éles elkülönülése jellemez. Az alpesi országrészekben — egyebek közt Tirolban és Vorarlbergben — hagyományosan alacsony a csecsemőhalandóság szintje; a nem alpesi régiókban — így pl. Alsó-Ausztriában és Burgenlandban — ezzel szemben évtizedek óta magas.

Mivel magyarázható az alpesi tartományoknak ez a kedvező demográfiai helyzete? Az okok feltárásához közelebb visz, ha külön vizsgáljuk a csecsemőhalandóság két fő életkori szakaszát: a perinatális és a poszt-neonatális szakaszt. Míg a perinatális halandóság tekintetében a regionális különbségek meglehetősen csekélyek, a poszt-neonatális halandóság terén igen jelentős eltérések tapasztalhatók. Amikor tehát a regionális különbségek okait keressük, figyelmünket elsősorban azokra a tényezőkre célszerű fordítanunk, amelyek az első életév későbbi szakaszában befolyásolják az életesélyeket.

E tényezők egyik legfontosabbika a különféle *fertőzések kockázata*. A XX. század derekán az alpesi tartományokban élők körében ez a kockázat feltétlenül kisebb volt, részint az ivóvíz jobb minőségének, részint az alacsonyabb hőmérsékletnek, részint pedig a kisebb népsűrűségnek köszönhetően. Van azonban egy másik, gazdasági természetű

tényező is, aminek a szerepével számolni kell. Az alpesi régió hegyi parasztagazdaságaiban a gyermekeknek komoly gazdasági értékük volt. Ennek megfelelően jobban is vigyáztak rájuk, s ez tükröződött azután az alacsonyabb csecsemőhalandóságban. A nem alpesi tartományokban ezzel szemben a gyermekek gazdasági súlya lényegesen kisebb volt, hiszen nagy mennyiségű olcsó munkaerő állt rendelkezésre. Ezeken a vidékeken a családok — tudatosan vagy tudattalanul — lényegében a *post facto* születésszabályozás gyakorlatát folytatták, amikor nem vigyáztak kellően gyermekeik egészségére. A gyermekek gazdasági értékében tapasztalható területi eltérések tehát végső soron hozzájárulhattak a csecsemőhalandóság regionális különbségeinek kialakulásához.

M.F.

ZIMMERMANN, K.F.: *Tackling the European Migration Problem*. (Az európai vándorlási probléma kezelése.) *Journal of Economic Perspectives*, 1995. tavasz. 45—62. p.

Az élenjáró versenyképesség szándéka a magas fokú innovációs tevékenységet is megkövetelő nemzetközi piacon valószínűleg arra ösztönözheti a fejlett ipari országokat, hogy állandó megújulást igénylő ágazataik érdekében a kvalifikált munkaerőre korlátozódó szelektív bevándorlási politikát valósítsanak meg. Kérdés, hogy ez az elképzelés a gyakorlatban hogyan vihető végbe, a jelenlegi európai gyakorlat mindenestere ettől eltér. A külföldi munkaerőt ugyanis kevésbé szívesen alkalmazzák a kutatásigényes, exportorientált ágazatokban, mint az import konkurenciájával szembenező, alacsonyabb képzettségű munkaerőt foglalkoztató területeken. A bevándorlás e fajtája kétféleképpen hat a versenyképesség alakulására. Egyrészt az olcsó, gyengén kvalifikált munkaerő — többek véleménye szerint — a versenyképesség elvesztését okozhatja hosszú távon a befogadó országban, mivel lassítja az alacsony színvonalon folyó termelésből az igényesebb munkára történő eljutás folyamatát. Ugyanakkor azonban az alacsony minőségű munka viszonylag alacsony bérei ösztönzőleg hatnak a belföldi munkaerőre, hogy vállalkozzon a hosszú távon magasabb jövedelemmel kecsegtető magasabb kvalifikáció megszerzésére.

A közigazdászok gyakran hangoztatják, hogy a munkaerőpiacnak kell meghatároznia a bevándorlás mértékét. E megközelítés elméleti értékén túl azonban a bevándorlás következményeként jelentkező társadalmi súrlódások nélkülözhetetlenné teszik a bevándorlók bizonyos megválogatását és integrálását elősegítő intézkedések megtételét, akár a munkanélküliség problémájának átmeneti félretételével is. Mindennek a célország számára csak akkor lehet haszna, ha a bevándorlás költségeinek egy részét bizonyos pénzügyi kötelezettségek érvényesítése útján áttérhelik a bevándorlókra. A belföldiek egyébként is úgy érzik, hogy az idegenek azokból a szűkös javakból szakítanak le egy részt, amelyek bizonyos értelemben az ország polgárait "illetik meg". Egy ország polgárának lenni hasonló egy klub tagságához. Ennek megfelelően az ország is jogosult, hogy az új tagoktól belépési díjat szedjen. Ezáltal is korlátok között tartható és enyhíthető a bevándorlási hullám, ami különösen fontos a munkanélküliség további fennmaradása esetén.

A tanulmány arra is rámutat, hogy a bevándorlás elősegíti a munkaerőpiac rugalmasabbá válását és a bérnövekedés megfékezését, ami több ember foglalkoztatását teszi lehetővé. Ezeket az előnyöket tekintve indokoltnak tűnik, hogy az Európai Unió nagyobb nyitottságot tanúsítson a munkaerő bevándorlása ügyében.

R.G.

## DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

## DEMOGRAFIE

a Cseh Statisztikai Hivatal folyóirata  
1995. No. 3.

- RYCHTARIKOVÁ, J.*: Nőtlenek és hajadonok házasságkötése a Cseh Köztársaságban a múltban és a jelenben.  
*POLÁSEK, V.—POSPISIL, M.*: A Cseh Köztársaság népessége lakóhely és születési hely szerint.  
*SIPEK, A.*: Rosszindulatú daganatok gyermekeknél, I. rész.  
*KRÁLOVÁ, L.*: Gondolatok az élettársi kapcsolatról a francia nyelvű szociológia és demográfia nyomán.  
*KOSCHIN, F.*: Még egyszer a demográfiai terminológiáról.

## DEMOGRAPHY

az Amerikai Népesedési Társaság Folyóirata  
1995. No. 2.

- BENEFO, K.D.*: A szexuális önmegtartóztatás időtartamának tényezői Nyugat-Afrikában: egy többszintű elemzés.  
*RAFTERY, A.E.—LEWIS, S.M.—AGHAJANIAN, A.*: Igény vagy képzelődés? Bizonyíték az iráni házasság termékenység csökkenése alapján.  
*CLARK, W.A.V.—MORRISON, P.A.*: A politikai tényezők megerősödésének demográfiai alapjai soknemzetiségű nagyvárosokban.  
*MASSEY, D.S.—SINGER, A.*: Friss becslések az illegális mexikói bevándorlásról.  
*CHRISTENSON, B.A.—JOHNSON, N.E.*: Iskolai végzettség szerinti különbségek a felnőtt halandóságban: megállapítások michigani halotti bizonyítványok adatai alapján.  
*CRAMER, J.C.*: Faji és etnikai különbségek a születési súlyban: a jövedelem és a pénzügyi segélyek szerepe.  
*HERNANDEZ, P.M.—BELLER, A.H.—GRAHAM, J.W.*: Változások a gyermektámogatások fizetése és a leszármazottak iskolai végzettsége közötti összefüggésekben, 1979—1988.  
*LYE, D.N.—KLEPINGER, D.H.—HYLE, P.D.—NELSON, A.*: Gyermekkori életkörülmények és a felnőtt gyermekek kapcsolata a szülőkkel.  
*WEINICK, R.M.*: Az otthon megosztása: amerikai nők és szüleik tapasztalatai a huszadik század folyamán.

## 1995. No. 3.

- CHERLIN, A.—KIERNAN, K.E.—CHASE-LANSDALE, L.C.*: A szülők válásának demográfiai hatása a gyermekre fiatal felnőtt korában.  
*FURSTENBERG, F.K.—HOFFMAN, S.D.—SHRESTHA, L.*: A válás hatása a generációk közötti átmenetre: új bizonyíték.  
*KRAMAROW, E.*: Egyedül élni idős korban az USA-ban: a háztartások változásának történeti perspektívái.  
*LOGAN, J.R.—SPITZE, G.D.*: Önérdék és altruizmus a generációk közötti kapcsolatokban.  
*LEIBOWITZ, A.—KLERMAN, J.A.*: A házasság anyák foglalkoztatási változásainak magyarázata az idő függvényében.  
*KAROLY, L.A.—BURTLESS, G.*: Demográfiai változás, növekvő kereseti különbségek és a személyes jólét megosztása, 1959—1989.

- MOFFITT, R.A.—RENDALL, M.S.: Kohorsztredek a női családfők élettartam megoszlásában az USA-ban, 1968—1985.
- BUMPASS, L.L.—RALEY, R.K.—SWEET, J.A.: A mostohacsaládok változó jellege: az élettársi együttélés és a házasságon kívüli szülés következményei.
- LILLARD, L.A.—BRIEN, M.J.—WAITE, L.J.: Házasság előtti együttélés és a házasság felbomlása: saját kiválasztásról van-e szó?
- FREEDMAN, V.A.—WOLF, D.A.: Esettanulmány a háztartási és családi adatok többszörös imputációjáról.
- GOLDSCHIEDER, F.K.: Demográfiai interpoláció családokkal és háztartásokkal.

EUROPEAN JOURNAL OF POPULATION  
az Európai Népeségtudományi Társaság folyóirata  
1995. No. 1.

- LESTHAEGHE, R.—SURKYN, J.: Heterogenitás a társadalmi változásokban: török és marokkói nők Belgiumban.
- DARSKY, L.—SCHERBOV, S.: A nők házasságkötési magatartása a volt szovjet köztársaságokban.
- MASUY-STROOBANT, G.—GOURBIN, C.: Csecsemőhalandósági és egészségi mutatók. Pontosságuk szerepe az 1994-es Európa társadalmi-gazdasági változásainak kimutatásában.
- DIONNE, C.: Generációk közötti relációk és néhány belőlük levezethető modell.

1995. No. 2.

- FIELDING, A.J.: Migráció és társadalmi változás: a bevándoroltak társadalmi mobilitásának vizsgálata Angliában és Wales-ben.
- ONGARO, F.—SALVINI, S.: Az időskorúak szubjektív egészségérzetének megértése: gondolatok két különböző kísérlet alapján — Olaszország és Izrael.
- SCHMERTMANN, C.P.: Bevezetés a nem-paraméteres regresszió alkalmazásába a demográfiai kutatásban.

1995. No. 3.

- KASAKOFF, A.B.—ADAMS, J.W.: A vándorlás hatása a népmozgalmi eseményekben résztvevők korára: a családrekonstrukció történeti demográfiai alkalmazásának kritikája.
- KYTIR, J.—KÖCK, C.—MÜNZ, R.: A csecsemőhalandóság történeti regionális modelljei Ausztriában.
- KYTIR, J.—PRSKAWETZ, A.: A várható élettartam 60 éves korban: epidemiológiai szcenáriók eltolódó halálozások alapján egyes halálokok esetében.
- DAY, L.H.: A termékenység legújabb trendei a fejlett ipari országokban: változékonyság vagy stabilizáció felé?

POPULATION  
a Francia Nemzeti Népeségtudományi Intézet folyóirata  
1995. No.3.

- DESGÉES, A.—LOU, D.—PISON, G.: Az oltások szerepe a gyermekhalandóság csökkenésében Szenegálban.



- BARBIERI, M.—ALLMAN, J.—PHAM, B.S.—NGUYEN, M.T.: Vietnam népesedési helyzete.  
 HAUIDDIER, B.: Az NSZK és Franciaország halandóságának összehasonlítása (1950—1989).  
 DELBES, C.—GAYMU, J.: Az öregek bezárkózása az otthoni időtöltésbe: korjelenség vagy generációs hatás?  
 FESTY, P.: Az utóbbi idők demográfiai fejlődése Franciaországban.  
 MESLÉ, F.: A halandóság Franciaországban: a csökkenés folytatódik.  
 BLAYO, C.: Az abortuszok számának alakulása Franciaországban 1976 óta.  
 MILLELIRI, J.M. et al.: A kíséret nélküli menekült gyermekek fogadótáborának demográfiaja a zairei Goma körzetében, 1994. július—szeptember.  
 KIERNAN, K.—LELIEVRE, É.: Házasság nélkül szülővé válni Franciaországban és Nagy-Britanniában: egy sajátos helyzet különböző oldalai.  
 PRIOUX, F.: A házasság nélküli együttélés gyakorisága Franciaországban.  
 SALVE-VILLEDIEU, F.-R.—LAVERTU, J.—SASCO, A.J.: Az első szülés korának hatása a mellrák okozta halandóságra: egy becslési módszer.  
 RIANDEY, B.: Az emlékezés hibái adatgyűjtéseknél.

## 1995. No. 4—5.

- SHKOLNIKOV, V.—MESLÉ, F.—VALLIN, J.: Az egészségügyi válság Oroszországban. I. A várható élettartam és a halálokok tendenciái 1970—1993 között.  
 SHKOLNIKOV, V.—MESLÉ, F.—VALLIN, J.: Az egészségügyi válság Oroszországban, II. A halálokok alakulása: összehasonlítás Franciaországgal és Angliával (1970—1993).  
 SURAULT, P.: Variációk a franciaországi öngyilkosságok változására.  
 PRATI, S.: Többszörös halálkockázatok elemzésének és értelmezésének egy módszere.  
 BURGIO, A.—FROVA, L.: Halandósági előrejelzések halálokok szerint: a tendenciák extrapolációja vagy kor-periódus-kohorsz modell?  
 HENRIPIN, J.: A nagyon termékenyek pénzben kifejezhető ajándéka az alacsony termékenységeknek.  
 TOULEMON, L.: Nagyön kevés házaspár marad szándékosan gyermektelen.  
 LAPIERRE-ADAMCYK, É.—LE BOURDAIS, C.—LEHRHAUPT, K.: A szülői otthon elhagyása fiatal korban az 1921—1960 között született kanadaiak esetében.  
 ZARCA, P.: Örökség és társadalmi mobilitás a testvérek körében, II. Leánytestvérek szakmai pályája és társadalmi mobilitása.  
 PAIVANDI, S.: Az írástudatlanság demográfiai elemzése Iránban.  
 GUIBERT-LANTOINE, C.—MONNIER, A.: Népesedési konjunktúra: Európa és a fejlett tengerentúli országok.  
 TOULEMON, L.: A sterilitás problémáinak megoldása és kockázatok a gyermektelenül maradás szempontjából.  
 CORBAGE, Y.: Újabb adatok a marokkói népességről: a meglepetések hiánya az 1994. szeptemberi népszámláláskor.  
 HOUDAILLE, J.: Az Első Császárság tisztjei (1803—1815).  
 SIMON, P.: A párizsi népesség reprodukciója 1975—1990 között.

POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW  
 az Amerikai Népesedési Tanács folyóirata  
 1995. No. 63.

- KULCZYCKI, A.: Abortusz intézkedések a volt európai szocialista országokban: konfliktusok Lengyelországban.

- GILLAND, B.: A világ népessége, gazdasági fejlődése és energiaigénye. 1990—2100: az előrejelzések áttekintése.
- MORGAN, S.P.—NIRAULA, B.B.: Nemek szerinti különbségek és termékenység két nepáli faluban.
- JIALI, L.: Kína egy-gyermek politikája: hogyan és milyen hatékonysággal működött? Esettanulmány a Hebei tartományból, 1979—1988.
- HOMER-DIXON, T.: Tudnak-e alkalmazkodni a szegény országok a források ritkulásához?
- CAREY, A.D.—LOPREATO, J.: A termékenység-halandóság kvázi-egyensúly evolúciós demográfiája.
- MASSEY, D.S.: Az új bevándorlás és az etnikai összetétel alakulása az USA-ban.

### POPULATION INDEX

a Princeton Egyetem Népesedéskutató Intézetének folyóirata  
1994. No. 4.

NAMBOODIRI, K.: Humánökológiai megközeítés a népesedés dinamikájának vizsgálatához. Bibliográfia.

1995. No. 1.

Bibliográfia.

1995. No. 2.

A.J. Coale önéletrajza.  
Bibliográfia.

### POPULATION STUDIES

a Londoni Közgazdasági Főiskola Népeségvizsgáló Bizottságának folyóirata  
1995. No. 2.

- DESAI, S.: Mikor hátrányos helyzetűek a nagy családban élő gyermekek?
- ANDERSON, B.A.—SILVER, B.D.: Etnikai különbségek a termékenységben és az újszülöttek nem szerinti összetételében Kínában.
- GOLDMAN, N.—TAKAHASHI, S.—HU, Y.: Halandóság az egyedül élő japánoknál: egy ismételt vizsgálat.
- VELKOFF, V.A.—MILLER, J.E.: Trendek és különbségek a csecsemőhalandóságban a Szovjetunióban, 1970—1990: mekkora a hibás adatok részesedése?
- GRÁDA, C.Ó.—WALSH, B.: Termékenység és népesedés Írország északi és déli felében.
- WILMOTH, J.R.: Csökken-e a halandóság a nagyon idős korcsoportjában? Egy vizsgálat a Coale—Kisker-féle modell alapján.
- HAINES, M.R.: Társadalmi-gazdasági differenciák a csecsemő- és gyermekhalandóságban a halandóság csökkenése idején: Anglia és Wales, 1890—1911.
- BANKOLE, A.: Kívánt termékenység és termékenységi magatartás a nigériai yorubák között.
- LARSEN, U.: Terméketlenségi különbségek Kamerunban és Nigériában.
- KEILMAN, N.—VAN IMHOFF, E.: A kohorsz-kvantum, mint az időfüggő periódus-kvantum függvénye megismételhetetlen eseményeknél.

## 1995. No. 3.

- FENG, W.—LEE, J.—CAMPBELL, C.: A házasság termékenysége szabályozása a Qing nemesség körében: következmények kétféle preventív ellenőrzés esetében.
- WILLIAMS, N. - GALLEY, C.: Város-vidék eltérések a csecsemőhalandóságban a viktoriánus Angliában.
- VAN POPPEL, F.: Özvegyasszonyok, özvegyemberek és újránházasságok a XIX. századi Hollandiában.
- RONSMANS, C.: A csecsemőhalálozások sűrűsödési helyei Szenegál egyik vidékén.
- PANIS, C.W.A.—LILLARD, L.A.: Gyermekhalandóság Malajziában: magyarázatok az etnikai különbségekre és a csökkenő tendenciára.
- GUPTA, M.D.: A termékenység csökkenése az indiai Pandzsábban: párhuzam a történelmi Európával.
- ELMAN, C. - UHLENBERG, P.: Együttélés a XX. század elején: idős nők és gyermekeik az Egyesült Államokban.
- REHER, D.: Hiábavaló befektetések: a gyermekhalandóság néhány gazdasági következménye.

## POPULATION TRENDS

a brit Népszámlálási és Adatgyűjtési Hivatal folyóirata

1995. ősz

- ARMITRAGE, B.: A népesség struktúrájának és eloszlásának áttekintése.
- BABB, P.—BETHUNE, A.: A házasságon kívüli szülések trendjei.
- CRAIG, J.: A parlamenti választókerületek határainak revíziója — a választókerületek nagyságának egységesítése.
- FILAKTI, H.—FOX, J.: Halandósági különbségek a háztartás lakáshasználati jogcíme és gépkocsival való ellátottsága szerint.
- HORNSEY, D.: Országon belüli népességelőreszámítások 1993. évi adatok alapján Angliában.
- MIRET, P.: Együttélések Nagy-Britanniában: a háztartások struktúrájának bemutatása demográfiai piramisokon keresztül.

## ZEITSCHRIFT FÜR BEVÖLKERUNGSWISSENSCHAFT

a Német Szövetségi Népeségstudományi Intézet folyóirata

1995. No. 2.

- HULLEN, G.: A gyermekek kirepülése a családi otthonból. Összehasonlítás Nyugat- és Kelet-Németország között az 1992. évi család- és termékenységfelvétel eredményei alapján.
- DORBRITZ, J.—FLEISCHACKER, J.: Átmenet a népesedéspolitikából a családpolitikába az új szövetségi tartományokban. Hozzászólás a németországi családpolitikai vitához.
- SCHOTT, J.—BERGMANN, K.E.—WIESNER, G.: Az emberi élet meghosszabbításának folyamata. Összehasonlítás Kelet- és Nyugat-Németország között.
- NEBENFÜHR, E.: A második gyermek vállalását meghatározó tényezők.
- FEUCHT, R.: A kiegészített járulékokkal finanszírozott öregségi nyugdíjak terhei a demográfiai változás tükrében.

## 1995. No. 3.

*SCHULZ, R.*: Középkorú nők társadalmi kapcsolatai.

*SCHWARZ, K.*: Milyen családokban nőnek fel a gyermekek és a fiatalok Németországban?

*POLLARD, J.H.*: Tartós ápolás egyes országokban: demográfiai és biztosításügyi szempontok.

*HEIGL, A.*: Oktatási helyzet és munkaerő potenciál.

## DEMOGRÁFIA

Megjelenik negyedévenként

Felelős szerkesztő: Kamarás Ferenc

Szerkesztőség: Budapest, KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, II. Fényes Elek utca 14/18.

Postai irányítószámunk: 1024

Telefon: 212-6549

Kiadóhivatal: 1024. Budapest, Fényes Elek u. 14/18.

Telefon: 212-6576 Fax: 212-6680

Kiadásért felel a KSH Népeségtudományi Kutató Intézet igazgatója

Nyomdai megrendelés törzsszáma: — — — —

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.

Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a hírlapkézbesítőknél

és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál

(HELIR. Budapest XIII., Lehel u. 10/a. — 1900)

közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a

Postabank Rt.: 219-98636/021—02809 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj: félévre 260, — Ft. egész évre 520, — Ft

Szedte: a Szerkesztőség